

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyönkoulutus
Sairaanhoitaja

Karoliina Friari, Suvi Mujo, Emilia Paajanen

Ensiarvio kotihoidossa **- tarkistuslomake lähihoitajille**

Opinnäytetyö 2019

Tiivistelmä

Karoliina Friari, Suvi Mujo, Emilia Paajanen

Ensiarvion tekeminen kotihoidossa – tarkistuslomake lähihoitajille, 43 sivua, 1 liite

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

Opinnäytetyö 2019

Ohjaajat: yliopettaja Päivi Löfman, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia kotihoidon lähihoitajien käyttöön tarkistuslomake helpottamaan ensiarvion tekemistä akuuteissa tilanteissa. Opinnäytetyön tuotoksen tavoitteena oli toimia lähihoitajien tukena asiakkaan voinnin muutoksen arvioinnissa asiakkaan kotona.

Opinnäytetyön teoriaosuus koostui kotihoidon toiminnan ja asiakasryhmien määrittämisestä sekä iäkkäiden asiakkaiden ensihoito- ja päivystyskäyntien syistä. Opinnäytetyössä kävimme läpi systemaattisen potilaan tutkimisen: ensiarvion tekemisen, tarkennetun tilanarvion ja haastattelun, NEWS- pisteytysjärjestelmän ja konsultoinnin ISBAR-mallin mukaan. Teoriaosuus koottiin ensihoidon ja hoitotyön kirjallisuudesta sekä internetistä saadusta aineistosta. Teoriaosassa kuvasimme potilaan tilan arviota käyttäen systemaattista ensiarviomenetelmää sekä tarkennettu tilan arvio -menetelmää. Kuvasimme myös muutamien yleisimpien esimerkkien avulla, mistä löydökset saattavat kertoa ja mitkä olisivat ensiaputoimet tilanteeseen.

Tarkistuslomakkeen teossa hyödynsimme NEWS-pisteytystä ja abcde-menetelmää. Lomake sisältää ensiarvion toimintaohjeineen, tarkennetun arvion raja-arvoineen sekä täytettävät esitiedot.

Jatkotutkimusaiheena opinnäytetyöstä voisi olla Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin alueella toteutettava tutkimus iäkkäiden päivystyskäyntien määrästä ja syistä. Olisi myös hyvä ottaa tarkistuslomake käyttöön jollakin kotihoitoalueella, kysellä kotihoidon henkilökunnan mielipiteitä lomakkeesta ja kyselyn pohjalta kehittää lomaketta.

Asiasanat: Kotihoito, ensihoito, päivystys, potilaan systemaattinen tutkiminen,

Abstract

Karoliina Friari, Suvi Mujo, Emilia Paajanen
Initial assessment in home care – checklist for nurses, 43 Pages, 1 Appendix
Saimaa University of Applied Sciences
Health Care and Social Services, Lappeenranta
Degree Program in Nursing
Bachelor's Thesis 2019
Instructor: Principal Lecturer Ms Päivi Löfman, Saimaa University of Applied Sciences

The purpose of this functional thesis was to create a checklist for the home care nurses to ease them making the initial assessments in acute situations. The objective of this thesis was to support nurses to estimate customer wellbeing in their home.

The theory part of this thesis is based on activities in home care and defining customer groups, the reasons behind the aged customers first aid and emergency visits. In this thesis the different phases of patient examination were presented. These the initial assessments, an advanced status estimate and an interview, NEWS - score and consulting based on the ISBAR model. The information was gathered from literature and Internet.

Further research might consider the elderly's emergency visits and also, the reasons behind these visits. It would also be beneficial for further research to use the checklist in home care and then later ask the home care employees to give feedback on the list.

Keywords: Home care, emergency care, paramedic, the systematic examination of the patient.

Sisälllys

1	Johdanto.....	5
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät	6
3	Kotihoito.....	7
3.1	Lainsäädäntö ja kunnan velvollisuudet	7
3.2	Hoito- ja palvelusuunnitelma.....	9
3.3	Moniammatillinen tiimi.....	10
4	Kotihoidon asiakasryhmät.....	11
5	Asiakkaan ensihoito ja päivystyskäynnit	13
6	Systemaattinen potilaan tutkiminen	23
6.1	Ensiarvio ABC.....	24
6.2	Haastattelu ja tarkennettu tilanarvio.....	26
6.3	NEWS -pisteytys	32
6.4	Konsultointi	34
7	Opinnäytetyön toteutus.....	35
8	Eettisyys ja luotettavuus	37
8.1	Aikaisempia tutkimuksia aiheesta	38
9	Tarkistuslomakkeen esittely.....	39
10	Pohdinta.....	40
10.1	Työn eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta.....	42
10.2	Jatkotutkimusaiheet ja niiden hyödyntäminen	43
	Lähteet.....	44

Liitteet

Liite 1 Tarkistuslomake

1 Johdanto

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tarkistuslomake lähihoitajille, jotka työskentelevät kotihoidossa ja kohtaavat toisinaan työssään akuutteja tilanteita. Tarkistuslomakkeen tarkoituksena on helpottaa työntekijän tekemää hoidon tarpeen arviointia ja auttaa päätöksenteossa. Hoitajien suuri vaihtuvuus ja kiire vaikuttavat heikentävästi tiedonkulkuun sekä siihen, kuinka nopeasti asiakkaan voinnin muutokseen reagoidaan. Viime vuosien aikana kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvaneet ja asiakkaiden hoitoisuus lisääntynyt. Samalla hoitajamitoituksen riittämättömyys ja hoidon laatu ovat olleet julkisuuden puheenaiheina.

Nykyään suuntauksena on, että iäkkäiden pitkäaikainen huolenpito ja hoiva toteutetaan kotona tai kodinomaisessa asumisyksikössä mahdollisimman pitkään tukipalveluiden, kotihoidon sekä omaisten turvin. Vuonna 2017 oli säännöllisen kotihoidon piirissä lähes 57 000 ihmistä (75 vuotta täyttäneitä). Se vastaa noin 11:tä prosenttia vastaavan ikäisestä väestöstä. Kotona hoidetaan yhä iäkkämpiä ja huonokuntoisempia, monenlaista apua ja hoitoa tarvitsevia henkilöitä. (THL 2018.)

Asianmukaisen hoidon aloituksen edellytys on, että elintoimintahäiriöt tunnistetaisiin ajoissa. Tutkimusten mukaan suuri osa päivystykseen ja sairaalaan tulevista potilaista saa riittämätöntä hoitoa elintoimintojen heikentyessä, sillä peruselintoimintojen häiriöitä ei tunnisteta ajoissa. Akuuttia elintoiminnon häiriötä ennakoi usein oireita, joihin täytyisi osata tarttua. On tutkittu, että jopa kahdeksalla kymmenestä potilaasta sydänpysähdystä tai tehohoitoa oli edeltänyt 8-48 tuntia aiemmin havaittavissa oleva elintoimintojen heikentyminen. Tunnistamalla elintoimintojen häiriöt ja aloittamalla hoito ajoissa voitaisiin ehkäistä arviolta lähes kolmannes sairaalassa tapahtuvista kuolemista. (Alahuhta ym. 2016, 88-89.)

Kriittisesti sairaan henkilön tilan tunnistamiseen ei vaadita laitetutkimuksia tai laboratoriotutkimuksia. Kliininen tutkiminen voidaan toteuttaa lähes ilman mittalaitteita. Syke, verenpaine, hengitystaajuus, pulssioksimetrin happisaturaatio luku sekä virtsanerityksen seuranta antavat hyvän kuvan voinnista. (Alahuhta ym. 2016, 88.)

Näiden syiden pohjalta on kehitelty erilaisia mittareita ja tarkistuslistoja, joita terveydenhuollon ammattilaiset voivat hyödyntää hoitotyössä. Toistettujen rutiinimitausten avulla voidaan havaita varhaisessa vaiheessa henkilöt, joiden elintoiminnot ovat vaarassa häiriintyä tai ovat häiriintyneet ja vaativat välittömän hoidon aloituksen (Alahuhta ym. 2016, 89., Alanen ym. 2016, 15-17). Alahuhta ym. (2016, 89) mukaan terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksissa olisi kiinnitettävä huomiota elintoimintahäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen ja asianmukaisen hoidon viiveettömään aloitukseen.

Tarkistuslomakkeen tarkoitus on olla helposti ymmärrettävä ja käytettävä apuväline. Tarkistuslomake pohjautuu potilaan systemaattiseen tutkimiseen ja NEWS-pisteytykseen ja sisältää toimintaohjeet, jotka jokainen kotihoidon kentällä työskentelevä pystyy toteuttamaan niillä välineillä, jotka ovat käytössä.

Opinnäytetyö on toiminnallinen, ja se käsittelee kotihoitoa ja hoidon tarpeen arviointia asiakkaan voinnin muuttuessa äkillisesti. Kotihoidon asiakaskunta on laaja, joten tässä työssä asiakkaat on rajattu iäkkäisiin. Opinnäytetyössä kuvataan potilaan systemaattista tutkimista ABCDE-protokollan mukaan sekä tärkeitä apuvälineitä, kuten konsultoinnissa käytettyä ISBAR- ja potilaan haastattelussa käytettyä SOCRATES -mallia. Lisäksi työssä käsitellään NEWS-pisteytystä, jota on hyödynnetty tarkistuslomakkeen teossa. Opinnäytetyömme hyöty korostuu tulevaisuudessa, jossa suuntana on kotiin tuotavien palveluiden lisääntyminen voimakkaasti.

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kotihoidon lähihoitajille käytännöllinen tarkistuslomake, joka helpottaa lähihoitajien tekemää sairastuneen kotihoidon asiakkaan hoidon tarpeen arviointia. Tarkistuslomake on hoitajalle apuväline, jonka avulla pyritään reagoimaan ennakoivasti, jotta akuutilta hätätilanteelta vältyttäisiin. Tarkistuslomakkeen tavoite on olla hoitajan muistin tukena tutkittaessa asiakasta systemaattisesti ja näin auttaa päätöksen teossa sekä helpottaa konsultaatiota. Tarkistuslomake sisältää myös toimintaohjeet ensiavun antamiseksi.

Tutkimustehtävinä on:

1) Koota tietoa potilaan systemaattisesta tutkimisesta ja hoidon tarpeen arvioinnista tarkistuslomakkeen luomiseksi.

2) Laatia tarkistuslomake helpottamaan äkillisesti sairastuneen kotihoidon asiakkaan ensiarviota ja toimia lähihoitajien tukena hoidon tarpeen arvioinnissa.

3 Kotihoito

Kotihoito on palvelukokonaisuus, jonka avulla autetaan eri-ikäisiä kotona asuvia avun tarvitsijoita, joiden toimintakyky on joko pysyvästi tai tilapäisesti huonontunut (Ikonen 2015, 15). Kotihoito on kokonaisuus, jonka muodostavat kotipalvelu ja kotisairaanhoido, joka toteutetaan asiakkaan kotona ja sillä tuetaan asiakkaan kotona asumista ja selviytymistä.

Kotihoidon tarkoituksena on, että asiakas voisi asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Asumisen onnistumiseen vaikuttavat asiakkaan terveys ja toimintakyky, sosiaaliset suhteet sekä läheisiltä saatava apu, myöhemmin myös mahdollisesti kotihoidon apu. Omassa kodissa asuminen mm. vahvistaa itsenäisen elämän ja elämänhallinnan kokemuksia sekä tukee omatoimisuutta. Kotihoidon tehtävänä on tukea kotona asumista ja arjessa selviytymistä. (Ikonen 2015, 10-11.) Asiakkaan kotiin vietäviin palveluihin kuuluvat kotihoito, tukipalvelut ja sähköiset palvelut.

Asiakasprosessi alkaa oikea-aikaisella palvelutarpeen arvioinnilla, jossa otetaan huomioon asiakkaan oma käsitys selviytymisestään kotona. Päämääränä on asiakkaan tarpeiden mukainen palvelukokonaisuus, joka tukee kotona asumista. (Ikonen 2015, 146.)

3.1 Lainsäädäntö ja kunnan velvollisuudet

Kotihoidon ja palvelujen lainsäädännön valmistelusta, yleisestä ohjauksesta ja suunnittelusta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö (STM 2019). Kotihoitoa ohjaavista säädöksistä ja laeista tärkeimpiä ovat terveydenhuoltolaki, sosiaalihuoltolaki ja kansanterveyslaki (Ikonen 2015, 23).

Kansanterveyslaki (66/1972) määrittelee sairaanhoidon ja apuvälinepalveluiden järjestämisestä. Kunnan tulee huolehtia asukkaiden terveysneuvonnasta, terveystarkastuksista ja seurata kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä, huolehtia siitä, että terveysnäkökulmat otetaan huomioon kunnan kaikissa toiminnoissa ja tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien tahojen kanssa. Kunta on velvollinen järjestämään asukkaidensa sairaanhoidon, johon kuuluu lääkärin suorittama tutkimus, hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinnällinen kuntoutus. Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluu hoitotoimenpiteiden lisäksi neuvonta, tutkimus, jolla selvitetään kuntoutustarvetta ja –mahdollisuuksia, apuvälinehuolto sekä sopeutumismennus- ja ohjaustoiminta. Mielenterveystyön, sairaankuljetuksen ja pelastustoimen järjestäminen. Kunnan tulee järjestää avosairaanhoito. (Finlex 2018.)

Sosiaalihuoltolaki (607/1983) määrittelee kotihoidon, palveluasumisen ja tukipalvelut. Tätä lakia sovelletaan kunnalliseen sosiaalihuoltoon. Sosiaalihuoltoon sisältyvät sosiaalisen turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä yleis- ja erityislainsäädännön mukaiset sosiaalihuollon tehtävät ja palvelut. (Finlex 2018.)

Terveystuololaki (30.12.2010/1326) määrittelee että kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden kotisairaanhoito. Kotisairaanhoito toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti tai se voi olla myös tilapäistä. Hoito järjestetään potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa. Hoidon tulee olla moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Kotisairaanhoidossa käytettävät hoitosuunnitelman mukaiset, hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. Kotisairaalahoito on määräaikaista, tehostettua kotisairaanhoitoa. Se voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa. Kotisairaalahoitoon yhteydessä annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. (Finlex 2018.)

Kotihoidon järjestäminen on kuntien vastuulla, mutta palveluita voidaan tarvittaessa ostaa myös yksityisiltä palveluntuottajilta. Kolmannen sektorin palvelut voivat täydentää osaltaan kotihoidon palvelua. Kolmannen sektorin toimintaa ovat yleensä järjestöjen ja yhdistysten tuottamat palvelut, nämä ovat yleensä maksuttomia ja perustuvat vapaaehtoisuuteen. Esimerkkinä kolmannen sektorin palve-

luista ovat ystäväpalvelu. Useat eri lait, asetukset ja asiakirjat säätelevät kotihoitoa. Näissä esitetään kotihoidon järjestämisen periaatteet, joita kuntien tulee noudattaa. Jokaisella on oma kotihoidon suunnitelma, jossa näkyy kotihoidon toteutus paikallisesti tai alueellisesti. (Hovilainen-Kilpinen ym. 2019, 12-15.)

3.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Vanhuspalvelulain (980/2012) mukaan asiakkaalla on oikeus osallistua hoitonsa suunnitteluun ja mahdollisuus saada tietoa omasta hoidostaan. On varmistettava, että asiakkaan palvelut vastaavat hänen yksilöllistä palveluntarvettaan myös silloin, kun asiakkaan elämäntilanteessa tai terveydentilassa tapahtuu muutoksia. Jokaisella on olemassa omia vahvuuksia, toimintakykyä ja selviytymiskeinoja. Hoito- ja palvelusuunnitelman tarkoitus on löytää ne toiminnan kohteet, joissa hän tarvitsee ohjausta, apua tai on kokonaan autettava. Asiakkaalla on oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun. Asiakasta tulee kohdella aina niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen yksityisyyttään ja vakaumustaan kunnioitetaan. Asiakkaan turvallisuuden edistäminen estää ja vähentää inhimillistä kärsimystä aiheuttavia tapahtumia. (Koivula ym. 2018, 11.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma on virallinen asiakirja, jossa asiakas nähdään kokonaisuutena. Se ohjaa kotihoidon asiakkaan hoitoprosessia ja toimii hoidon sekä palveluiden pohjana. Tämä suunnitelma palvelee sekä työyhteisöä, työntekijää, työnantajaa sekä palveluja saavaa asiakasta. Hoito- ja palvelusuunnitelma on osa asiakkaan palveluiden kokonaisuuden suunnittelua, toteutusta, seuranta, arviointia ja kehittämistä. Asiakirja laaditaan yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa ja se on monipuolinen työväline, josta on hyötyä sekä kotihoidon asiakkaalle että työntekijälle. (Haverinen & Päivärinta 2002, 3.)

Kotihoidossa tapahtuva vanhustyö, kuten muukin asiakastyö, on tavoitteellista. Se on yhteistyötä, mikä edellyttää sitä, että siihen sitoudutaan, sitä arvioidaan ja tarvittaessa suunnitellaan uudestaan. Vanhustyössä korostuu asiakaslähtöisyys, jotta asiakkaalle voidaan tarjota hyvää ja arvokasta palvelua, tarvitaan tietoa siitä mitä asiakas itse arvostaa ja mitä hän pitää hyvänä ja tavoiteltavana. Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla selvitetään sitä. Asiakaslähtöisessä toiminnassa ja

ajattelussa asiakas on palvelun ja hoidon saaja, kokija, palautteen antaja ja toiminnan kehittäjä. Hoito- ja palvelusuunnitelman tehtävänä on taata ja turvata että asiakaslähtöinen ajattelu- ja toimintamalli toteutuu vanhustyössä toimintaympäristöstä riippumatta. Asiakas, työntekijä ja työyhteisö etenevät yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelman ohjaamaan suuntaan. (Haverinen & Päivärinta 2002, 35.) Palvelu- ja hoitosuunnitelmaan kirjataan asiakkaan perustiedot sekä hoidon tarpeet, esimerkiksi muistisairaudesta johtuva päivittäisistä toiminnoista peseytymisessä ja ruokailusta selviämättömyys. Suunnitelmaan kirjataan myös hoidon tavoitteet, joihin hoidolla ja ohjauksella pyritään sekä keinot niiden saavuttamiseksi. Asiakkaan hoidon arviointia tehdään jokaisen kotikäynnin yhteydessä, onko asiakkaalle suunniteltu aika riittävä, onko hoito- ja palvelusuunnitelma ajan tasalla vai tarvitseeko sitä päivittää.

3.3 Moniammatillinen tiimi

Työhön kotihoidossa tarvitaan monipuolista osaamista ja sen takaamiseksi moniammatillinen yhteistyö on merkittävän suuri osa työtä. Moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa sitä, että asiakkaan hoidossa yhdistetään eri ammattiryhmien tietoa ja näkökulmia. Kotihoidossa nämä eri ammattiryhmien edustajat arvioivat yhteistyössä asiakkaan palveluiden tarvetta ja jakavat tietoa tarvittaessa työntekijältä toiselle. (Hovilainen-Kilpinen ym. 2019, 8-10.)

Suurin kotihoidossa työskentelevä ammattiryhmä on lähihoitajat. Lähihoitajien työtehtäviin kuuluvat asiakkaiden ohjaaminen, neuvominen, avustaminen ja hoitaminen erilaisissa arjen asioissa. Tänä päivänä lähihoitajan työ on enimmäkseen asiakkaan toimintakyvyn tukemista, sairaanhoidollisia toimenpiteitä esimerkiksi haavahoidot ja turvallisen lääkehoidon toteuttamista. Työ kotihoidossa on haasteellista ja tuo mukanaan mahdollisuuksia, koska kotihoidon asiakkaana on nykyään enenemissä määrin monisairaita vanhuksia. (Hovilainen-Kilpinen, ym. 2019, 8-10.)

Muita kotihoidossa työskenteleviä ammattiryhmiä ovat muun muassa sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät, kotihoidon ohjaajat, fysioterapeutit, toimintaterapeutit ja psykiatriset sairaanhoitajat. Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee kotisaira-

hoitajan työtehtäviksi asiakkaan kotona tehtävät lääkärin määräämät sairaanhoitolliset toimet, näytteenoton, lääkityksen valvomisen ja asiakkaan voinnin seuraamisen. Vaativa sairaanhoito, esimerkiksi saattohoito, ja omaisten tukeminen ovat osa kotisairaanhoidon työtä. Kotisairaanhoidon perustuu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja edistää asiakkaan kuntoutumista. (STM 2011.) Sosiaalityöntekijät ohjaavat, neuvovat ja tekevät päätöksiä asiakkaalle annettavista palveluista ja mahdollisista tukitoimista. He arvioivat asiakkaan sosiaalipalveluiden tarvetta. Kotihoidon ohjaajana ja esimiehenä voi toimia sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja tai sosionomi. Asiakkaan fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisessä ja kodin apuvälineiden tarpeen arvioinnissa hyödynnetään fysioterapeutin asiantuntemusta. Asiakkaan psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi on käytettävissä psykiatrisia sairaanhoitajia ja mielenterveyden tukemiseen erikoistuneita lähihoitajia. (Hovilainen-Kilpinen ym. 2019,8-10.)

Kotihoidossa työskennellään yleensä tiimeissä, eri tiimien vastuulla on tiettyjen sovittujen asiakkaiden kotihoito. Tiimeissä eri ammattilaiset työskentelevät osittain erikseen ja osittain rinnakkain. Jokaiselle kotihoidon asiakkaalle on määritelty yksi tai useampi oma- tai vastuuhoitaja, jotka vastaavat oman asiakkaan hoidettavista asioista. Kotihoidon työntekijät voivat aina tarvittaessa konsultoida muita ammattiryhmiä esim. Lähihoitaja voi olla aina tarvittaessa yhteydessä kotisairaanhoidajaan tai fysioterapeuttiin asiakkaan asioissa. Työ kotihoidossa on vaativaa ja siihen tarvitaan monipuolista osaamista, sen takia moniammatillinen yhteistyö on tärkeää työn sujuvuuden ja asiakkaan saaman hyvän hoidon kannalta. (Hovilainen-Kilpinen ym. 2019,8-10.)

4 Kotihoidon asiakasryhmät

Suurin asiakasryhmä kotihoidossa on pitkäaikaissairauksia sairastavat iäkkäät henkilöt. Kotihoidon palveluiden piirissä on myös vammautuneita, psykiatrisia sekä päihdeongelmaisia asiakkaita. Suurin osa asiakkaista on 75-84 vuotta täytäneitä, mutta kotihoito palvelee kaikkia ikäryhmiä. (Ikonen 2015, 42.)

Kotihoidossa hoidetaan myöskin vammaisia asiakkaita. Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987) määrittää ne etuu-

det ja palvelut, joita vammaisen henkilö voi saada kotona asumisen tueksi. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden määrä on noussut avohoidossa, mikä lisää kuntouttavan kotihoitopalvelun tai asumispalvelujen tarvetta.

Mielenterveysasiakkaat tarvitsevat monenlaisia tukitoimia ja ohjausta arjessa selviytymisen tueksi. Alkoholia käyttävien päihdeasiakkaiden määrä on kasvussa ja tuo haasteita kotihoidolle. Vuonna 2008 15 prosenttia kotihoidossa olevista miehistä käytti alkoholia runsaasti. Pitkään jatkuneen alkoholin käytön seurauksena sosiaaliset, terveydelliset ja akuutit haitat lisääntyvät. (Ikonen 2015, 46.)

Ikääntyneen asiakkaan terveydelliset haasteet

Väestön ikääntyessä yli 65 vuotiaiden määrä lisääntyy. Avohoidon palveluja lisätään, sekä laitospalveluita vähennetään ja iäkkäiden kotona asumista pyritään tukemaan niin pitkään kuin mahdollista. Ikääntyminen aiheuttaa monia erilaisia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia toimintakyvyn muutoksia. Ikääntyessä fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen aiheuttaa mm. nivelten jäykkyyttä, liikkeiden hidastumista ja vapinaa. Myöskin luusto haurastuu ja lihasmassa sekä lihasvoima pienenee. Hengityselimistön kudokset jäykistyvät ja ääreisverenkierto heikkenee. Ikääntyneet ovat yleensä monisairaita, joilla fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen aiheuttaa avun tarpeen. Monisairaant, iäkkäät asiakkaat sairastavat muun muassa sydän- ja verisuonisairauksia, hengitysteiden sairauksia, tuki- ja liikuntaelimestön sairauksia, diabetesta, muistisairauksia sekä mielenterveys- ja päihdeongelmia. (Ikonen 2015, 43; Alanen ym. 2016, 250.) Useat sairaudet iäkkäillä aiheuttavat myös sen, että käytössä on monia lääkkeitä samaan aikaan ja tämä lisää lääkkeiden haittavaikutusten ja yhteisvaikutusten riskiä. Lääkehoidon tavoitteena on parantaa elämänlaatua ja toimintakykyä, sekä pidentää elinikää. Monilääkitys tuo kuitenkin helposti kokonaislääkityksen hallintaan haasteita. (Saano ym. 2018,126.) Alla olevassa taulukossa (taulukko1) määritetään ikääntymisen aiheuttamia anatomisia ja fysiologisia muutoksista.

Ruumiinrakenne	Lyhentyminen, painon lasku, rasvoittuminen, nivelten liikkuvuuden väheneminen, lihasten surkastuminen
Hermosto	Aivokudoksen väheneminen, muistihäiriöt, psyko-motoriset muutokset
Iho	Ihon ohentuminen ja kimmoisuuden väheneminen, ihon ryppyntyminen, hikirauhasten kato
Verisuonisto	Virtausvastuksen kasvu, valtimosuonien kovettuminen, niiden elastisuuden vähentyminen, sydämen läppien kalkkeutuminen
Munuaiset	Verenvirtauksen heikentyminen, erittävien yksiköiden vähentyminen
Ruoansulatuselimet	Syljen erityys vähenee, makunystyröiden kato, maha-hapon erityys vähenee, suolen toiminta lamaantuu
Immuunijärjestelmä	Puolustuskyky heikkenee
Aistit	Näön heikkeneminen

Taulukko 1. Ikääntyneen anatomiset ja fysiologiset muutokset (Kelo ym. 2015, 26-27)

5 Asiakkaan ensihoito ja päivystyskäynnit

Väestön ikääntyminen näkyy myös ensihoidossa tehtävien määrän lisääntymisellä. Nopeat muutokset iäkkään henkilön toimintakyvyssä ovat yleensä merkki akuutista sairaudesta. Akuutit sairaudet eivät ikääntyneillä monisairailta kuitenkaan aina aiheuta kyseisille sairauksille tyypillisiä oireita. Oireina voivat olla muistin heikkeneminen, sekavuus, huimaus, yleistä pahan olon tunnetta ja oksentelua sekä jalkojen kantamattomuutta. Tämän tyyppisten oireiden taustalla voi olla kui-

tenkin virtsatieinfektio, keuhkokuume tai sydäninfarkti. Yleisimpiä ensihoitotehtäviä ovat hengenhädistys, rintakipu, halvausoireet ja kaatumisen seurauksena aiheutuneet vammat sekä yleistilan lasku. (Alanen ym. 2016, 250.)

Oheisessa taulukossa (taulukko2) on kuvattu yli 65-vuotiaiden yleisimmät tulokset Marian sairaalan sisätautien päivystyksessä vuonna 2009.

Yleistilan lasku	752
Sydämen eteisvärinä	472
Keuhkokuume/kuume/infektio	304
Rintakipu	273
Ripuli	212
Sydämen vajaatoiminta	142
Virtsatieinfektio	123
Ruusu	107

Taulukko 2. Yli 65-vuotiaiden tulokset päivystyksessä vuonna 2009 (Kelo ym. 2015, 195)

lääkästä henkilöä tutkittaessa on keskeistä erottaa ikääntymisestä johtuvat muutokset sairaudesta johtuvista muutoksista. Hoitoon pääsy voi viivästyä ja sairaus pahentua, mikäli sairauden oireita pidetään ikään liittyvinä muutoksina. Nopeat muutokset ikääntyneen toimintakyvyssä ovat useimmiten merkki akuutista sairaudesta. (Alanen ym. 2016, 250.)

Vanhusten ensihoito on eettinen sekä lääketieteellinen ongelma, ja näin ollen eräs ensihoidon ammattitaidon suurimmista ongelmista. Selvä ero nuorten ja vanhusten välillä on, että nuorten sairastumiselle on yleensä vain yksi syy, kun taas vanhuksilla on useita päällekkäisiä sairauksia ja oireita. (Kuisma ym. 2017, 682-683.)

Keskimääräisesti joka viides päivystyspotilas on yli 75-vuotias. Nykyisin väestön ikääntyessä yli 75-vuotiaiden päivystyspotilaiden kokonaismäärä sekä osuus päivystyspalvelujen käyttäjistä kasvaa. Huipussaan sen arvioidaan olevan Suomessa vuonna 2030. Iäkkäillä monisairailla vähäinenkin muutos terveydentilassa voi aiheuttaa toimintakyvyn romahtamisen, esimerkiksi virusinfektio, helteestä johtuva kuivuminen tai epäsopiva lääke. (Haapamäki ym. 2014, 7.)

Akuutisti sairastuneen iäkkään ihmisen päivystykseen hakeutumisen syyt saattavat vaikuttaa lääketieteellisesti katsottuna epämääräisiltä. Syinä saattavat olla esimerkiksi kotona pärjäämättömyys, kaatuilu tai sekavuus. Oireiden syynä saattaa kuitenkin olla vakava syy, kuten infektio, sydäntapahtuma tai aivoverenkierroksen häiriö. Oireita vanhuspotilaalle saattaa aiheuttaa myös yhtäaikaiset somaattiset ja psyykkiset sairaudet sekä polyfarmasia. (Haapamäki ym. 2014, 10-11.)

Iäkkäiden päivystyskäynnit tulevat tulevaisuudessa lisääntymään väestön ikääntyessä, joten tulevaisuuden tavoitteena ei sinänsä voi olla päivystyskäyntien vähentäminen - vaan tarpeettomien käyntien vähentäminen. Koska iäkkäillä vakavan, henkeä uhkaavan tilan merkit voivat olla epämääräisiä tai vähäisiäkin, on päivystyskäynnin tarpeellisuuden määrittely usein hankalaa etukäteen. Tarpeettomina käynteinä päivystyksessä voidaan kuitenkin pitää esimerkiksi sellaisia käyntejä, jotka eivät ole potilaan edunmukaisia. Tällaisia ovat esimerkiksi saattohoidossa olevan lähettäminen päivystykseen. (Haapamäki ym. 2014, 29.)

Kuntaliiton (Haapamäki ym. 2014) selvityksen mukaan geriatriseen arviointiin pohjautuvan akuuttien tilojen ennakoinnin ja hoitohenkilökunnan koulutus tilanarvioon vähentävät iäkkäiden epätarkoituksen mukaisia päivystyskäyntejä. Avohoidon lisääntyessä kotisairaanhoidon palveluihin tulisi panostaa. Alati yleistyvä kotihoito tarvitsee asiakkaan tilanarviossa tukea, ohjausta ja konsultaatiomahdollisuuden. Geriatrisen potilaan tilanarvion osaamiselle olisi käyttöä, jotta ikäihmistä ei tarvitsisi lähettää välttämättä lainkaan päivystykseen. Vanhuksen tuntevan kotihoiton ammattihenkilöstön on nopeampaa arvioida voinnin muutoksia ja hoidontarvetta, kuin vieraiden ammattilaisten päivystyksessä.

Yleisimmät akuuttitilanteet iäkkäillä

Aivotapahtuma (Aivohalvaus, TIA, synkopee)

Aivohalvaukseen sairastuu Suomessa vuosittain noin 24 000 henkeä. Aivohalvaus voi johtua kahdesta syystä, aivovaltimossa on joko tukos tai vuoto. Aivohalvauksessa aivokudosta tuhoutuu äkillisesti verenkierronhäiriintymisen vuoksi. Aivovaltimon tukkeuma aiheuttaa iskemiaa aivoissa verisuonten suonitus alueella, tälle alueelle syntyy kuolio eli infarkti. Valtimon vuotaessa aivoissa aiheutuu aivokudokseen painetta vuotokohdan ympärille, jolloin tämän alueen hermokudoksen toiminta häiriintyy. Yleisin syy aivohalvaukselle on aivovaltimon veritulppa. Neljännes aivoinfarkteista syntyy sydäimestä lähtöisin olevasta verihyytymästä, emboliasta. Yleisin syy emboliaan on sydämen rytmihäiriö eteisvärinä eli flimmeri. Sydäimestä lähtöisin oleva verihyytymä kulkeutuu veren mukana valtimoita pitkin, kunnes se kiilautuu johonkin aivovaltimon haaraan ja aiheuttaa infarktin. Noin 15% aivohalvauksista taas johtuu aivovaltimon repeämisestä ja siitä aiheutuneesta verenvuodosta. Vuodon yleisin syy on kohonnut verenpaine. Aivohalvaus syntyy äkillisesti. Oireina yleensä on toispuoleinen toisen tai molempien rajojen toimintahäiriö. Potilaalla saattaa myös olla puutumista sekä muita tuntohäiriöitä ja puheen tuoton vaikeutta Infarktin paikasta riippuen. Potilaalla voi esiintyä myös useita muita oireita, esimerkiksi roikkuva suunpieli, näköhäiriöt, kaksoiskuvat, huimaus sekä sekavuus ovat yleisiä aivoinfarktin oireita. Aivoverenvuodossa halvausoireet kehittyvät yleensä aivoinfarktia hitaammin. Vuodon koosta sekä sijainnista riippuen oireet saattavat vaihdella lievistä, esimerkiksi äkillinen voimakas päänsärky, vaikeisiin oireisiin, kuten esimerkiksi voimakas toispuoleinen halvaus ja tajunnan heikkeneminen. Aivohalvaukseen ei ensiaputoimia ole. Epäiltäessä aivohalvauksen oireita tulee soittaa hätäkeskuksen numeroon 112. Nopea hoitoon pääsy on aivohalvauspotilaan selviytymisen kannalta olennaista. Esimerkiksi aivoinfarkti potilaiden liuotushoidosta ei ole hyötyä, jos oireiden alkamisesta on kulunut enemmän kuin 4-5 tuntia. (Atula 2019a.)

Ohimenevä aivoverenkierronhäiriö eli TIA oireilee useasti samanlaisin oirein kuin aivohalvaus. Useimmiten TIA – oire väistyy kuitenkin jo tunnin sisällä. Ohimeneviä aivoverenkierronhäiriöitä eli TIA - kohtauksia esiintyy yleensä myöhäisessä keski-ikässä sekä vanhuksilla. Ohimenevän TIA - kohtauksen syyt ovat samalaiset

kuin aivohalvauksessa. Ensimmäinen TIA - kohtaus on hyvä varoitusmerkki, ensimmäisen TIA:n ilmetessä on hyvä nopeasti päästä puuttumaan riskitekijöihin ja näin ollen ehkäistä varsinaisen aivohalvauksen ilmaantuminen. Ensimmäisen TIA:n ilmenemisen jälkeen melkein yhdellä kymmenestä tulee viikon sisällä aivohalvaus, tästä johtuen TIA vaatii myöskin kiireellistä hoitoa ja selvittelyä erikoissairaanhoidossa. (Atula 2019b.)

Synkopee eli pyörtyminen on lyhytkestoinen, korkeintaan muutaman minuutin kestävä tajunnanhäiriö. Pyörtymistä on hankala välittömästi erottaa sydämen rytmihäiriöstä tai muusta vaarallisesta tajuttomuudesta, siksi pyörtyneen pulssia on tunnusteltava ja hengitystä seurattava. Jos hengitys ei pala normaalisti parissa kymmenessä sekunnissa, tulee aloittaa paineluelvytys. Tavallisessa pyörtymisessä, vasovagaalinen synkopee, pyörtymisen syy on verisuonten jätneyden alentuminen, pystyasennossa veri pakkautuu liaksi kehoon sekä alaraajoihin, josta johtuen aivot eivät saa tarpeeksi verta. Vasovagaalista synkopeeta edeltää usein jokin seuraavista; pitkään seisominen, kipu, pelko, pahoinvointi, oksentaminen tai voimakas yskiminen. Ennen vasovagaalista synkopeeta ilmenee usein huojumista, pahoinvointia, hikisyyttä, kalpeutta tai näön hämärtymistä. Hypovolemia altistaa pyörtymiselle. Jos kyseessä on vasovagaalinen, eli tavallinen pyörtyminen, ei lääkäriin tarvitse mennä. Mikäli kyseessä ei selvästi ole edellä mainittu tavallinen pyörtyminen, täytyy pyörtynyt toimittaa välittömästi hoitoon, vaikka pyörtynyt toipuisi nopeastikin. Hätäilmoituksen teko numeroon 112 tulee kysymykseen, mikäli pyörtynyt on loukannut itsensä, tajuttomuuden aikana ilmenee kouristuksia; jos kukaan ei ole nähnyt pyörtymistä voi kouristuksia epäillä, jos lihakset tuntuvat aroilta tai kielessä on puremajälki tai pyörtymisen yhteydessä henkilö virtsaa tai ulostaa. (Mustajoki 2019.)

Rintakipu

Kun potilas valittaa rintakipua, täytyy aina muistaa, että kyseessä voi olla sydänlihaksen hapenpuutteesta johtuva oire. On myös hyvä tietää, että hapenpuutteessa oleva sydänlihas on herkkä rytmihäiriöille, ja potilas voi saada sydänpysähdyksen. Vuosittain Suomessa kuolee noin 6000 henkilöä äkillisesti ilman ulkoista syytä, 70% äkkikuolemista tapahtuu 2 tunnin kuluttua oireiden alkamisesta. Tärkein oireista on rintakipu. (Castren ym. 2005, 381.) Sydänveritulpan eli

sydäninfarktin ensimmäinen oire on yleensä rintakipu. Sydänveritulppa saattaa kehittyä ilman ennako oireita aiemmin täysin terveelle potilaalle. Puolella rintakipu potilaista on jokin perussairaus, mikä altistaa rintakivulle ja sydäninfarktille. Rintakipu potilaan tilanne on erityisen vakava, mikäli kipu alkaa levossa, kestää kymmeniä minutteja ja nitrot eivät auta. (Castren ym. 2005, 385.)

Rintakipu potilaan tutkimisessa olisi tärkeää selvittää kivun kesto, miten kipu alkoi, mitä potilas sairastaa, nitrojen vaikutus sekä muut oireet. Tärkeintä potilaan tilanarviossa on saada kuva potilaan verenkierron tilasta. Erityisen huomiota tulee kiinnittää, jos potilas on hyvin kivulias, kehon ääreisosat ovat viileät, potilas on hikinen, potilaalla on hengitysvaikeutta, nitrot eivät auta sydänperäiseen kipuun, potilas on diabeetikko tai vanhus. Diabeetikoilla sekä vanhuspotilailla saattaa kehittyä sydänveritulppa ilman tyypillistä rintakipu oiretta. Potilaan tilanarviossa arvioidaan myös syketaajuus, sykkeen tasaisuus, hengitystaajuus, hengitysäänet ja happisaturaatio. (Castren ym. 2005, 386-388.)

Ensiapu toimet rintakipu potilaalla

- Auta potilas puoli-istuvaan tuettuun asentoon, ellei hän jo ole levossa.
- Jos potilas sopii sydänpotilaaksi ja hän valittaa sydänperäistä rintakipua, tulee häntä hoitaa mahdollisena sydäninfarkti potilaana. Ensin varmistetuasi, että verenpaine on riittävä, systolinen verenpaine vähintään 120mmHg, voi iskeemistä rintakipua valittavalle antaa kaksi nitrosuihketta tai nitrotabletin kielen alle, mikäli potilaalla ko. tarvittaessa käytettäviä valmisteita kotoa löytyy. (Castren ym. 2005, 388.)
- Kotihoidon hoitajan epäillessä sydänperäistä rintakipua tulee soittaa 112 ja tehdä asianmukainen hätäilmoitus.

Kaatuminen

Vuosittain ikääntyville tapahtuu noin 350 000 kaatumistapaturmaa. Joka kolmas yli 65-vuotias ja joka toinen yli 80-vuotias kaatuu vähintään kerran vuodessa tilastojen mukaan. Jos takana on aiempi kaatuminen, noin puolet näistä kaatuvat uudestaan. Naisten keskuudessa kaatuminen on yleisempää kuin miesten. Puolet kaatumistapaturmista sattuu omassa kodissa tai sen läheisyydessä, noin viidennes kaatumisista sattuu hoitolaitoksissa. (Kelo ym. 2015, 46-47.)

Kaatumistapaturmista noin joka toinen aiheuttaa ikääntyneelle jonkinasteisen vamman, ja noin viidesosalle kaatuminen johtaa lääkärin arvioon. Kaatumistapaturmista noin 5-10% aiheuttaa iäkkäälle vakavan vamman. Tyypillisimmät kaatumisen seurauksena syntyneet vammat ovat mustelmat, erilaiset ruhjeet, eriaisteiset murtumat ja päähän kohdistuvat vammat. Yli 90% iäkkäiden lonkkamurtumista syntyy kaatumisen seurauksena, ja 65% aivovammoista johtuu kaatumistapaturmista. Ikääntyneellä kaatuminen on tavallisin tapaturmaisen kuoleman syy. Vuosittain kuolee noin tuhat yli 65-vuotiasta kaatumisen tai putoamisen seurauksena. (Kelo ym. 2015, 47.)

Jo yksittäisellä kaatumisella voi olla suuri vaikutus iäkkään ihmisen toimintakykyyn. Kaatumisella voi olla psyykkisiä seuraamuksia, kuten pelko uudelleen kaatumisesta, vaikka siitä ei fyysistä vammaa aiheutuisikaan. 30-90% aiemmin kaatuneista pelkää uudelleen kaatumista ja 50-60% rajoittaa jatkossa omaa aktiivisuuttaan tämän pelon vuoksi. Iäkkään ihmisen kaatuminen voi aiheuttaa hänelle kaatumisen pelon kehän, millä on suuri vaikutus hänen psyykkiseen, sosiaaliseen ja fyysiseen toimintakykyynsä. (Kelo ym. 2015, 47.)

Iäkkään ihmisen elämänlaadun ja yhteiskunnan kannalta on tärkeää pystyä ehkäisemään kaatumistapaturmia mahdollisimman tehokkaasti. Yksi lonkkamurtumapotilas maksaa yhteiskunnalle noin 15 000 euroa. Jos iäkäs ihminen ei kuntoudu lonkkamurtumasta kotikuntoiseksi vaan joutuu pitkäaikaishoitoon, se tulee maksamaan yhteiskunnalle noin 40 000 euroa. Suomessa on laadittu useita suosituksia ikääntyneiden kaatumisten ehkäisemiseksi. (Kelo ym. 2015, 48.)

Iäkkään ihmisen kaatumisen taustalla voi olla monia syitä. Syyt voivat olla fyysisiä ja psyykkisiä, mutta ympäristöllä on myös suuri merkitys kaatumistapaturmien aiheuttajana. Usein kaatumiselle altistavat tekijät jaetaan kahteen ryhmään, ulkoisiin ja sisäisiin tekijöihin. Ulkoiset tekijät (taulukko3) ovat keskeisiä alle 80-vuotiailla kotona asuvilla, mitä iäkkäämmästä henkilöstä on kyse, sitä todennäköisempää että kaatumisen taustalla on sisäinen tekijä (taulukko4). (Kelo ym. 2015, 48.)

Sairaudet	Äkilliset infektioaudit, kuume, koh- tauksittain esiintyvät sairaudet, diabe- tes, muistisairaudet, mielenterveyson- gelmat, inkontinenssi, huimaus, näkö- kykyyn vaikuttavat sairaudet
Aistipuutokset	Näön heikkous, heikentynyt koordi- naatiokyky, huono kuulo
Asento, Ryhti, Liikuntakyky, Käve- lytapa	Lyhentynyt, madaltunut, kipittävä tai laahaava askellus, ryhtimuutokset esim. Etukumara, heikentynyt tasa- paino- ja lihasvoima, heikentynyt toi- minta- ja liikkumiskyky
Ravitsemustila	Anemia, alhainen BMI, kuivuminen, elektrolyyttihäiriöt
Kaatumishistoria, Kaatumispelko	Aikaisempi kaatuminen
Ikääntyneen käyttäytyminen	Kiire, huolimattomuus, liiallinen varo- vaisuus, väsymys, heikko vireys, omien voimavarojen arvioiminen vää- rin
Muut yksittäiset tekijät	Ikä, naissukupuoli, kivut, runsas alko- holin käyttö

Taulukko 3. Kaatumiselle altistavat sisäiset tekijät (Kelo ym,2015,48-49)

Lääkkeet	Monilääkitys, lääkkeiden sivu- ja haittavaikutukset, keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet, mielialalääkkeet, sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksien lääkkeet, lääkemuuokset
Kodin ympäristö	Kodin esteettömyys, epätasaiset pinnat, märkä lattia, epäkäytännöllisyys, ahtaus, valaistus
Kodin ulkopuolinen ympäristö	Epätasaisuus, jäiset kulkuväylät, levähdyspaikkojen puute
Jalkineet	Pienet tai liian suuret jalkineet, korkeakorkoiset kengät, aukinaiset kantaosat
Apuvälineet	Apuvälineiden väärä mitoitus, osamattomuus apuvälineiden käytössä, vialliset apuvälineet,

Taulukko 4. Kaatumiselle altistavat ulkoiset tekijät (Kelo ym. 2015, 49)

Kaatumistapaturmien ennaltaehkäisy perustuu jokaisen yksilölliseen kaatumisvaaran arvioimiseen ja sen perusteella valittuihin toimenpiteisiin kaatumisvaaran vähentämiseksi tai poistamiseksi kokonaan. Tunnistettuihin vaaratekijöihin kohdennetaan yksilölliset suunnitelmat, ehkäisytoimet liittyvät moniin eri tekijöihin. Kaatumisvaaraa lisäävien tekijöiden vähentäminen edellyttää moniammatillisuutta ja ikääntyneen ja hänen omaistensa ottamista mukaan toimenpiteiden toteuttamiseen. Useimpiin kaatumiselle altistaviin tekijöihin pystytään vaikuttamaan hyvällä hoidolla ja ikääntyneelle annettavalla ohjauksella. Yli 75-vuotialle tehdään ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä, jotka ovat vapaaehtoisia. Nämä käynnit voivat ehkäistä kaatumisia, kunhan työntekijä tuntee normaalin vanhenemisprosessin ja pystyy arvioimaan miten, iäkäs kykenee selviytymään päivittäisistä toiminnoista. (Kelo ym. 2015, 51-53.)

Yleistilan lasku, sekavuus

lääkäillä ihmisillä yleiskunnon romahtaminen ja sekavuus ovat tyypillisiä syitä ensihoitoon joutumiselle. Nämä ovat vain oireita, joiden takaa löytyy useimmiten joku selkeä somaattinen syy. lääkäillä ihmisellä yleiskunnon romahtaminen ja sekavuus ovat tyypillisiä tapoja reagoida elimistön tasapainotilan häiriöihin. (Kuisma ym. 2013, 655.)

lääkään ihmisen kohdalla yleiskunnon heikkenemisen ja sekavuuden syitä voivat olla lääkkeitä johtuvat syyt esim. lääkityksen äkillinen lopettaminen tai lääkkeitä johtuvat yhteisvaikutukset, elimistön kuivuminen ja siitä seuraavat elektrolyyttihäiriöt, sydän- ja verisuonisairaudet, aivoverenkiertohäiriöt, metaboliset sairaudet, traumat, epilepsia, erilaiset kasvaimet, myrkytykset ja suuret elämänmuutokset esim. puolison äkillinen kuolema. (Kuisma ym. 2015, 655.)

Ankara ripuli ja kuume voi aiheuttaa terveellekin vanhukselle äkillisen yleistilan laskun, jolloin hän ei jaksa nousta ylös vuoteesta hakemaan itselleen juotavaa ja syötävää eikä välttämättä pysty kuumeesta johtuvan sekavuuden takia soittamaan itselleen apua. Tällaisessa tilanteessa hänet saatetaan löytää vasta päivien päästä voimattomana, tokkuraisena, kuivuneena ja likaisena kotoaan. Virtsatieinfektiot ovat kliinisen kokemuksen perusteella yleisimpiä lääkkään ihmisen yleistilan heikkenemisen ja sekavuuden aiheuttajia. Lisäksi virtsatieinfektion aiheuttamat oireet ovat usein epätyypillisiä ja oireet saattavat jäädä muiden sairauksien vuoksi peittoon. (Kuisma ym. 2015, 655.)

lääkkäät ihmiset ovat yleistilan heikkenemisen myötä paljon alttiimpia traumoille esim. Arviointikyvyn pettämisen ja jalkojen kannattamattomuuden vuoksi. Voi myös olla niin että yleistilan laskun takana on aiemmin sattunut trauma esim. Kaatuminen, joka rajoittaa normaalia toimintakykyä. (Kuisma ym. 2015, 655-656.)

lääkäillä ihmisellä tajuttomuuden tai pyörtymisen taustalla on useimmiten verenkierron pettäminen, joko sykkeen pieneneminen tai heijasteperäisen verenpaineen lasku, ortostatismi eli verenpaineen lasku seisoessa tai pitkään istuessa tai sairas sinus -oireyhtymä. Sairas sinus -oireyhtymä on sydämen rytmihäiriö, joka johtuu sydäntä tahdistavan sinussolmukkeen toimintahäiriöstä. Lyhytkestoinen

tajuttomuus tai pyörtyminen ilman halvausoireita ei ole yleensä aivoperäistä. Näitä kaikkia pystytään hoitamaan tehokkaasti, jolla estetään myös mahdolliset kaatumiset ja loukkaantumiset. (Kuisma ym. 2015, 656.)

6 Systemaattinen potilaan tutkiminen

Hoitajan mennessä sovitulle kotikäynnille hän arvioi käynnin aikana kokonaistilannetta juttelemalla ja kuuntelemalla asiakasta. Arkiaskareiden ja keskustelun lomassa hän havainnoi ympäristöä ja asiakasta. Hoitaja tekee havaintoja mm. yleisestä arjesta selviytymisestä, terveydentilasta, lääkityksestä ja sairauksien oireista. Kotikäynnille mentäessä voi oven takana odottaa yllättäviä tilanteita, asiakkaan tila on voinut muuttua huonommaksi edellisestä käynnistä. (Ikonen 2015, 162-163, 180.) Hoitajan on osattava arvioida ja tunnistaa kiireellinen hätätilapotilas ja kiireettömämpi, mutta seurantaa ja hoitoa vaativa potilas. Vanhuksen äkillinen toimintakyvyn romahtaminen tai heikkeneminen voi viitata vakavaan peruselintoimintojen häiriöön, joten tällöin nopea elintoimintojen arviointi korostuu (Alanen ym. 2016, 252).

Hätätilapotilaan kliininen tutkiminen suoritetaan systemaattisesti. Ensimmäisenä kiinnitetään huomiota henkilön tajunnan tasoon ja yleistilaan, esimerkiksi onko huono- tai hyväkuntoinen, kalpea, levoton, sekava tai syvästi tajuton. Tämän perusteella voidaan jo havaita, onko huolestumisen aihetta. Potilaan tilan muuttuessa kriittiseksi ilmenee se tajunnantason laskuna, hengitystyön lisääntymisenä, hengitys- ja verenkierron vajauksena. (Alahuhta ym. 2016, 74.)

Ensimmäinen merkki elimistön häiriötilasta ja sen muuttumisesta kriittiseksi on hengitystaajuuden kohoaminen. Hengitysvajauksen kliinisiä löydöksiä ovat esimerkiksi hengitystaajuuden nousu yli 30/min tai lasku alle 8/min, apuhengityslihasten käyttäminen hengittäessä, vaikeus puhua lauseita, hikoilu, levottomuus, sekavuus, happisaturaatio alle 90%. Verenkiertovajauksen ja siihen liittyvän hypovolemian eli veren kokonaisnestetilavuuden määrään vähenemisen kliinisiä löydöksiä ovat esimerkiksi takykardia eli sydämen nopea rytmi, hypotensio eli systolinen verenpaine alle 90, hidastunut kapillaarikierto, viileä periferia tai syanoosi eli veren happimäärän vähenemisestä johtuva ihon, huulien, kynsien tai limakalvojen sinertävä väri, sekavuus sekä tajunnantason lasku. Neurologisten

sairauksien lisäksi tajunnan tason häiriöt voivat johtua myös hengityksen, sydämen ja verenkierron sairauksista. Yleensä aivoverenkiertohäiriöihin liittyy myös halvausoireita. Lääkkeiden ja päihteiden käytön sekä infektion mahdollisuus on myös muistettava selvittää tajunnan häiriöissä. (Alahuhta ym. 2016, 74-75.)

Systemaattinen potilaan tutkimisen tarkoituksena on, että edetään kohta kohdalta järjestyksessä. Seuraavaan kohtaan siirrytään vasta kun edellinen kohta on hoidettu. Oikeassa järjestyksessä suoritettu tutkiminen vähentää unohduksen riskiä. (Alahuhta ym. 2016, 74; Alanen ym. 2016, 16-22.)

6.1 Ensiarvio ABC

Äkillisen tilanteen sattuessa kotihoidon työntekijän on tehtävä tilanteesta ensiarvio. Kotihoidon työntekijän tulee ensiarviossa osata arvioida nopeasti ilman apuvälineitä potilaan tajunta, hengitys ja verenkierto. Ensiarvioon käytetään DrABC kaavaa. Ensiarvio tehdään ilman apuvälineitä. Peruselintoimintojen arvio on hyvä tehdä aina ABC-kaavion mukaan, ensiarvioon eivät kuulu DEF osiot, jotka käydään läpi tarkennetussa tilanarvossa. (Alanen ym. 2016, 22.)

-D eli Danger, onko potilaan luo turvallista mennä? Kokenut hoitaja huomioi monia asioita jo ennen potilaan puhuttamista (Alanen ym. 2016, 20).

-r eli response, Potilaan kohtaaminen alkaa aina puhuttelemalla ja/tai herättämällä potilas. Puhuttamalla/herättämällä potilas tehdään karkea arvio tajunnan tasosta käyttämällä AVPU kaavaa. Jos potilas ei esimerkiksi herää puhutteluun, arvioidaan reagointi ravistamalla voimakkaasti hartioista ja reaktio kivulle. Jos potilas ei reagoi kipuun, on hän tajuton ja näin ollen hätätila potilas. Jos potilas vastaa puhutteluun asiallisesti, esittäytyään ja saadaan näin tärkeää tietoa – esimerkiksi arvioidaan puheen selkeys ja asiallisuus. (Alanen ym. 2016, 21.)

-ABC eli peruselintoimintojen arviointi. Pelkästään omia aisteja käyttämällä hoitaja saa potilaasta paljon tietoa. Hengitysteiden (A) arvioinnissa tarkastetaan, onko potilaan tajunta niin hyvä, että hengitystie pysyy auki ja että siellä ei ole esimerkiksi kieltä, eritteitä tai vierasesineitä esteenä. Hengityksen (B) arvioinnissa arvioidaan nopeasti happeutumisen ja ventilaation riittävyys. Huomioidaan mm ihonväri, miten potilas pystyy puhumaan, käyttääkö apuhengitys lihaksia ym.

Verenkierron tilaa (C) arvioidaan tunnustelemalla radialis. Radialis tunnustelemalla saadaan arvioitua syketaajuus, rytmin tasaisuus, ihon lämpö sekä hikisyys. Ensiarviossa on tavoitteena löytää vaaranmerkit ja tunnistaa hätätilapotilas. (Alanen ym. 2016, 22-23.)

Tajunnantason arvioksi riittää ensiarviossa karkea arvio: onko potilas tajuissaan vai tajuton. Jos potilas ei vastaa puhutteluun, kokeillaan herättelyä hartioista ravistamalla. Tajuttomalta arvioidaan välittömästi hengitys ja pulssi. Hengityksen ensiarviossa voidaan tunnustella, tuntuuko hengitys ilmavirtana käden selällä. Jos ilmavirta ei tunnu, hengitystie avataan leuasta nostamalla ja päätä hieman taaksepäin taivuttamalla. Alustavassa verenkierrontilan arviossa tunnustellaan potilaan rannesyke. Jos potilas on reagoimaton, tunnustellaan kaulavaltimopulssi, pulssin tunnustelu ei kuitenkaan ole edellytys elottomuuden toteamiselle. Jos potilas ei reagoi, eikä hengitä, soitetaan hätänumeroon ja aloitetaan elvytys, ellei toissijaisia kuolemanmerkkejä havaita (lautumat, kuolonkankeus). Kotihoidossa työskentelevän tulee osata tunnistaa äkkieloton potilas, soittaa hätäpuhelu ja aloittaa paineluelvytys. (Kuisma ym. 2017, 123.) Hätäilmoitus yleiseen hätänumeroon 112 tulee tehdä heti, kun huomataan, että potilas ei herää puhutteluun eikä ravisteluun. Hätäkeskuspäivystäjän antamien ohjeiden mukaisesti toteutettu maallikkoelvytys lisää potilaan selviytymisen mahdollisuutta selvästi. Kun hätäkeskus antaa elvytysohjeita, tulee keskittyä vain paineluelvytykseen, ellei kyseessä ole tukehtunut tai hukuksiin joutunut. Reagoimattomalla ja tajuttomalla potilaalla lihasjänteys on heikentynyt, jolloin kieli ja kurkunkansi voivat tukkia hengitystien, alaleukaa nostettaessa kieli nousee takanielusta ja hengitystie avautuu. Hengitystien avaamisen jälkeen määritetään, hengittääkö potilas normaalisti, tämä saa kestää enintään 10 sekuntia. Vain normaalisti hengittävää potilasta ei tarvitse elvyttää. Elvytyspäättös tulee tehdä kymmenessä sekunnissa. Kun elvytyspäättös on tehty, aloitetaan heti tehokas paineluelvytys. Potilaan tulee olla selällään vaakatasossa kovalla alustalla. Painelutaajuus on 100-120 painelua minuutissa. Painelun tulee olla mahdollisimman keskeytyksetöntä, painelu elvyttäjää on suositeltavaa vaihtaa 2 minuutin välein. (Käypä hoito 2016.)

6.2 Haastattelu ja tarkennettu tilanarvio

Socrates

Potilaan oireiden selvittämisessä voidaan käyttää SOCRATES-mallia, joka on muistisääntö välttämättömistä kysymyksistä kipupotilailta, mutta sitä voidaan käyttää myös muiden oireiden arvioimiseen. Socrates-mallissa (taulukko5) kysytään kivun sijaintia, kivun alkua, kivun luonnetta, kivun säteilyä, kipuun liittyviä oireita, kivun kestoa ja vaihtelevuutta, kipua helpottavia tai pahentavia tekijöitä ja kivun vakavuus VAS-asteikolla (Alanen ym. 2016, 95 - 100).

SOCRATES
Site - sijainti missä pahin kipu sijaitsee?
Onset - alku milloin kipu on alkanut?
Character- luonne millaista kipu on?
Radiation - säteily säteileekö kipu jonnekin?
Associations- liittyvät oireet Liittyykö kipuun muita oireita?
Time course- aikajana kivun säännöllisyys ja uusiutuminen?
Exacerbating/ Relieving factors- helpottavat ja pahentavat tekijät mitkä tekijät helpottavat tai pahentavat kipua?
Severity- vakavuus kuinka voimakasta kipu on?

Taulukko 5. Socrates (Alanen ym. 2016, 55)

Systemaattiseen haastatteluun vanhuksen kohdalla tulee kiinnittää erityistä huomiota. Vanhus ei välttämättä ymmärrä kyselijän käyttämiä ilmaisuja, varsinkaan ammattitermistöä. Esimerkiksi sanat "huimaus" tai "ahdistus" eivät välttämättä

merkitse iäkkäälle potilaalle samoja asioita. Haastateltaessa on myös huomiotava, että vanhuksen sanavarasto voi olla dementian tai aikaisemman aivotapah-tuman vuoksi suppea, ja hänen on näin ollen haastavaa ilmaista itseään. Vanhukselle myös kivun paikantaminen ja sen tyyppin ja voimakkuuden ilmaisu voi olla anatomian tiedon puutteessa hankalaa. Jos vanhus on virkeä iäkäs, jonka kertomaan voi luottaa, on systemaattinen haastattelu helppo toteuttaa kysymällä vanhukselta itseltään. Osa iäkkäistä on hyvin dementoituneita, monisairaita vuo-depotilaita, tällöin tiedon kerääminen haastattelemalla on hyvin vaikeaa, jopa mahdotonta. (Kuisma ym. 2017, 684.)

ABCDEF

Tarkennetussa arviossa käytetään ABCDE kaavaa sekä haastatellaan potilas systemaattisesti. Käytännössä jokaiselle potilaalle tehdään perusmittaukset, joi-hin kuuluu verenpaineen, pulssin, rytmien, hengitystaajuuden, hengitysänten, happisaturaation, tajunnantason (GCS), kivun (VAS), verensokerin ja lämpötilan arviointi. Mittaukset tehdään yleisesti ottaen aina, ellei ole perustetta olla teke-mättä (Alanen ym. 2016, 24-25). Kotihoidossa tämä tarkoittaa yleisesti ensiarvion jälkeen, mikäli kyseessä ei ole hätätilapotilas, potilaan verenpaineen, happisatu-raation sekä verensokerin mittaamista. Tajunnan arviossa voidaan käyttää Glas-cow Coma Scale – asteikkoa.

Hengitystie (A)

- Varmista hengitystie tarkistamalla nouseeko rintakehä ja tuntuuko ilma-virta. Jos potilas puhuu, kykenee hän myös pitämään hengitystien auki. Jos potilaan tajunnan taso on alentunut, ja hengitys kuorsaavaa- luulta-vasti kieli luultavasti painuu tukkimaan hengitysteitä. -> Avaa hengitystiet, tarvittaessa potilas vasemmalle kyljelle, nielutuubi! (Alanen ym. 2016, 25.)

Hengitys (B)

- Hengityksen tutkimiseen ja arviointiin kuuluu happisaturaation ja hengitys-taajuuden mittaaminen, puhekyvyn sekä apulihasten käytön arviointi, hen-gitysänten kuuntelu ja ihon värin sekä hikisyyden tarkastaminen. Nor-

maali happisaturaatio ei vielä kerro potilaan hengityksen riittävyttä, ventilaatiota tutkitaan varmimmin mittaamalla valtimo verestä hiilidioksidipaine (PaCo₂). Hengitystaajuuden laskeminen on tärkeä potilaan hengitystyötä kuvaava mittari. Hengitystaajuuden laskeminen on helposti ilman laitteita toteutettava tutkimus. Hengitystaajuuden poikkeama voi olla ainoa ulkoisesti havaittava muutos potilaan peruselintoiminnoissa. Hengitystaajuuden nouseminen on merkki potilaan hengitysvaikeudesta, mutta hengitystaajuus voi kohota myös muusta syystä, esimerkiksi kivun, hypovolemian tai lääkkeen vaikutuksesta. Hidastunut hengitys taas voi johtaa riittämättömään ventilaatioon, joka johtaa respiratoriseen asidoosiin eli elimistön nesteiden liialliseen happamuuteen. Hengitysänten kuuntelu, auskultointi, kuuluu myös tarkennetussa tilanarviossa suoritettaviin tutkimuksiin. Poikkeavat hengitysänet ovat monesti kuultavissa jo pelkällä korvalla potilaan luokse tultaessa. (Alanen ym. 2016, 26-33.) Hengityksen erilaisille lisä-äänille on patofysiologiset syynsä, jotka on kuvattu alla olevassa taulukossa (taulukko6).

Sivuääni	Patofysiologia
Sisäänhengityksen vinkuna (stridor)	Ahtauma kurkunpäässä tai henkitorven yläosassa
Uloshengityksen vinkuna	Ahtauma keuhkoputkissa tai henkitorven alaosassa
Hienojakoinen rahina (ritinä)	Nestekertymä keuhkorakkuloissa (alveoleissa) Atelektaasi alueiden avautuminen
Karkeajakoinen rahina (rohiseva ääni)	Limakertymä hengitysteissä
Puuttuva hengitysäni	Ilma- / veririnta Vaikea ahtauma alahengitysteissä

Verenkierto (C)

- Verenpaineen mittaaminen manuaalisesti mansetin ja stetoskoopin avulla on jokaisen hoitajan perustaito. Vaikka nykyiset automaattimittarit ovat luotettavia, voi eteen tulla tilanne, missä mittaus automaattimittarilla ei onnistu. Esimerkiksi erittäin nopea tai epäsäännöllinen syketaajuus, mitä laite ei tunnista, tai poikkeuksellisen matala verenpaine.
- Akuutissa tilanteessa joskus on riittävää, että tietää potilaan systolisen verenpaineen. Systolisen verenpaineen mittaaminen tapahtuu helposti palpimalla rannesyke. Mansetti kiinnitetään olkavarteen, mutta stetoskoopin käytön sijasta tunnustellaan ranteesta pulssia samalla kun lasketaan mansettipainetta.
- EKG:n ottaminen. Sydäninfarktin diagnostiikkaa koskevassa Käypä hoitosuosituksessa linjataan, että jokaisesta potilaasta, jonka oireisto voi johtua sydäntapahtumasta, on otettava vähintään 14-kytkentäinen EKG. 14-kytkentäinen EKG on nopea ja edullinen tapa saada viitteitä siitä, onko potilaan oireet sydäimestä johtuvaa. On kuitenkin muistettava, että EKG on vain yksi tapa tutkia, eikä se kerro koko totuutta.
- Rytmin arviointi. Sydämen rytmiiä voidaan arvioida monitorikytkennöistä. (Alanen ym. 2016, 39-43)

Tajunta (D)

- Tajunnan tason tarkemmassa arvioissa käytetään yleisesti Glasgow'n kooma asteikkoa (taulukko 7). Arvioissa kirjataan parasvaste, eli jos toinen puoli on halvaantunut, merkitään paremmalta puolelta saadut pisteet. GCS muodostuu kolmesta arvioitavasta osa-alueesta; silmien auki pitäminen, puhevaste ja liikevaste.
- Tajunnantason arviointi aloitetaan potilaan puhuttelusta, seuraavaksi on hyvä pyytää potilasta tekemään jotain esimerkiksi puristamaan hoitajaa kädestä, jolloin saadaan selville, noudattaako potilas kehotuksia.

- Verensokerin mittaaminen. Verensokerin mittaaminen pikamittarilla kuuluu perustutkimuksiin. Diabetes ja verensokerihäiriöt voivat aiheuttaa monenlaisia oireita. Esimerkiksi ketoasidoosi eli happomyrkytys voi aiheuttaa pahimmillaan tajuttomuutta, sekavuutta ja tihentyntä hengitystä.
- Alkoholin mittaaminen. Jos potilaan alkoholin käytöstä herää epäily, liikkuminen on epävarmaa/kömpelöä ja hengityksessä on alkoholin hajua, pyydetään potilasta tekemään puhalluskoe, jolla saadaan selville alkoholin osuutta potilaan oireistoon. (Alanen ym. 2016, 44-49.)

Silmien avaaminen	Spontaanisti	4
	Puheelle	3
	Kivulle	2
	Ei vastetta	1
Puhevaste	Orientoitunut	5
	Sekava	4
	Irrallisia sanoja	3
	Ääntelyä	2
	Ei mitään	1
Paras liikevaste	Noudattaa kehotuksia	6
	Paikallistaa kivun	5
	Väistää kipua	4
	Fleksio kivulle	3
	Ekstensio kivulle	2
	Ei vastetta	1

Taulukko 7. GCS- Glasgow'n kooma asteikko (Alanen ym. 2016, 45)

Paljastaminen (E)

- Kivun arviointi. Kivun arviointi voi olla haastavaa. Ei ole olemassa mittaria, millä voitaisiin suoraan mitata kivun voimakkuus, vaan kivun arviointi perustuu potilaan kertomuksen ja epäsuorien fysikaalisten arvojen seurantaan – esimerkiksi syketaajuus, lämpöraja, verenpaine. Hoitotyössä kipua arvioidaan yleensä asteikolla nollasta kymmeneen, jossa nolla tarkoittaa sitä, että kipua ei ole ja kymmenen pahinta mahdollista kipua. Voimakkuuden lisäksi arvioidaan kivun luonnetta, potilasta haastateltaessa pyydetään esimerkiksi kuvailemaan kivun luonnetta. Kipu voi olla puristavaa, polttavaa, pistävää tms. Vaikka potilas ei itse pystyisi kertomaan kivusta, täytyy kipua siltikin arvioida. Jos potilas on vaikkapa levoton, kylmänhikinen, kyönelehtii tai verenpaine ja syketaajuus on korkeat eikä oireille muuta selitystä löydy, tulee kipua hoitaa.
- Lämpöraja. Lämpörajan nousu on elimistön häiriö tilanteessa tapahtuva ääreisverenkierron muutos. Lämpörajan nousu voidaan havaita raajojen verenkierron heikentymisenä. Lämpörajan nouseminen on syketaajuuden ja hengitystaajuuden lisäksi merkki sympaattisen hermoston aktivoitumisesta, lämpörajan nousu on aina huolestuttavaa ja syy tulee selvittää sekä hoitaa. (Alanen ym. 2016, 50-53.)

Potilaan haastattelu

- Potilaan haastattelu tehdään systemaattisesti, mutta aina tilanteeseen soveltaen. Lähtökohta on kuitenkin aina potilaan pääasiallinen oire, joka määrittelee haastattelua sekä tarpeen olevat lisätutkimukset. Tärkeää pääasiallisen oireen lisäksi haastattelussa on potilaan terveyshistoria ja lääkitys sekä tämän hetkisen pääasiallisen oireen historia ja taustat. Haastattelussa arvioidaan myös muut oireeseen liittyvät asiat. Haastateltaessa potilasta, on muistettava kysyä avoimin kysymyksin, eikä antaa valmiita vastauksia. (Alanen ym. 2016, 54-55.)

6.3 NEWS -pisteytys

NEWS-pisteytyksen tarkoituksena on peruselintoimintojen yhtenäistäminen ja järjestelmällisyys. Pisteytysjärjestelmä olisi hyvä ottaa kokonaisvaltaisesti käyttöön koko hoitoprosessin ajan aina alkuarviosta potilaan kotiutumiseen. (Karjalainen ym. 2018.)

Potilaan elintoimintojen arvioiminen tulisi olla osa jokaisen hoitoalalla työskentelevän perusvalmiuksia. Useissa tutkimuksissa on havaittu, että potilaiden peruselintoimintoja arvioidaan puutteellisesti eikä mittauksia kirjata järjestelmällisesti. Sairaalassa elvytystilanteita edeltävät useimmiten peruselintoimintojen häiriöt, jotka ovat saattaneet kestää jopa tunteja. Peruselintoimintojen häiriöiden varhainen tunnistaminen ja tarvittavien hoitotoimien aloittaminen viipymättä, ovat keinoja, joilla voitaisiin välttää kuolemantapaukset terveydenhuollon yksiköissä. Esimerkiksi matalapaineisen potilaan kohdalla olisi heti hyvä avata suoniyhteys ja nesteyttää potilasta ja huomioida asento, jalat kohoasentoon. (Karjalainen ym. 2018.)

NEWS –pisteytys (Kuva1) huomioi potilaan hengitystaajuuden, happisaturaation, verenpaineen, syketaajuuden, tajunnan tason, lämpötilan sekä mahdollisen lisähapen käytön. Jokainen huomioitava kohta pisteytetään asteikolla 0– 3. Pistemäärä nousee sitä korkeammalle, mitä kauempana normaalista alueesta mitaustulos on. Jokainen kohta on käytävä läpi. Pisteiden summa antaa luotettavan kuvan, potilaan peruselintoimintojen tilasta, ja korkeat pisteet ennakoivat tarkasti sydämenpysähdystä, tehohoitoon ajautumista tai kuolemaa seuraavan vuorokauden aikana. (Karjalainen ym. 2018)

Alun perin pisteytys kehitettiin tunnistamaan vuodeosastopotilaiden tilan heikentyminen, mutta sen on todettu toimivan luotettavana peruselintoimintojen häiriöiden mittarina päivystyspoliklinikoilla ja ensihoidossa. NEWS-pisteytys on erityisen arvokas päivystysaikana sairaanhoitajille, jotka saattavat toimia työssään varsin niukoilla resursseilla. Se auttaa jäsentelemään potilaiden arviointia ja antaa peruselintoimintojen yleistilasta puolueetonta tietoa. Tämä tuo jatkuvuutta potilaan tilan seurantaan, kun vuorossa oleva henkilöstö vaihtuu. Näin useammin

suoritettu peruselintoimintojen seuranta voidaan kohdentaa potilaisiin, joilla häiriöiden riski on suurin. Lisäksi pisteytys tarjoaa selkeät hälytysrajat osaston hoitavan lääkärin konsultoimiselle sekä sairaalansisäisen ensihoitoryhmän hälyttämiselle. (Karjalainen ym. 2018.)

Kaikkialla terveydenhuollossa käytettynä NEWS tarjoaa yhtenäisen tavan arvioida potilaan peruselintoimintoja ja viestiä muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Kotihoidon tai ensihoidon jo kotona arvioima pisteytys kertoo osaltaan päivystykseen tulevan potilaan hoidon tarpeen kiireellisyydestä. (Karjalainen ym. 2018.)

KUVIO 1.

NEWS - Aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä.

		3	2	1	0	1	2	3
A	Hengitystaajuus (HT)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
	Happisaturaatio (SpO ₂)	≤91	92-93	94-95	≥96			
	Lisähappi käytössä		Kyllä		Ei			
C	Systolinen verenpaine	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
	Syketaajuus	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
D	Tajunnan taso				Normaali			Poikkeava
E	Lämpötila	≤35,0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥39,1	

Pisteytys	≥ 7	6-5 tai yksittäisestä arvosta 3	4-1	0
Riskiluokka	Korkea	Kohtalainen	Matala	Matala
Toimintaohje	Aloita tarvittaessa välittömät hoitotoimenpiteet		Informoi muita hoitajia potilaan voinnin muutoksista	
	Tee MET-hälytys! Hälytä hoitava lääkäri	Informoi muita hoitajia potilaan voinnin muutoksista Konsultoi lääkäriä jatkotoimista		
Peruselintoimintojen seuranta	Laske NEWS-pisteet 0-2 tunnin välein. Jatkuva seuranta.	Laske NEWS-pisteet vähintään 2-4 tunnin välein	Laske NEWS-pisteet vähintään 8 tunnin välein	Laske NEWS-pisteet vähintään 12 tunnin välein

Lähde: The Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acutellness severity in the NHS. London: RCP; 2017:1-77. © Sairaanhoidajien koulutus- ja kustannusyhtiö Fioca Oy, 2017

Kuva 1. NEWS –aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä. (Karjalainen ym. 2018)

6.4 Konsultointi

Kotikäyntien yhteydessä hoitaja joutuu useimmiten tekemään hoidollisia ratkaisuja itsenäisesti ja konsultoimaan esimerkiksi lääkäriä, tällöin hoitajan on osattava kuvailla tilanne luotettavasti (Ikonen 2015, 180). Lääkäri ei voi muodostaa tilanteesta kokonaiskuvaa ilman tarvittavia tietoja, joten hoitajan on tehtävä tarvittavat mittaukset ennen konsultointia. Hoitaja usein tuntee asiakkaansa hyvin ja on näin ollen paras välittämään tiedon ja esittämään huolensa. Käyttämällä ISBAR-menetelmää tulee konsultoidessa kerrottua kaikki olennainen tieto (Alanen ym. 2016, 16-18).

ISBAR-menetelmä on kehitetty tiedon välittämisen sekä vastaanottamisen helpottamiseksi, sekä menetelmä myös tehostaa kommunikaatiota. ISBAR on systemaattista kommunikointia ja parantaa potilasturvallisuutta. (Alanen ym. 2016, 16-17.)

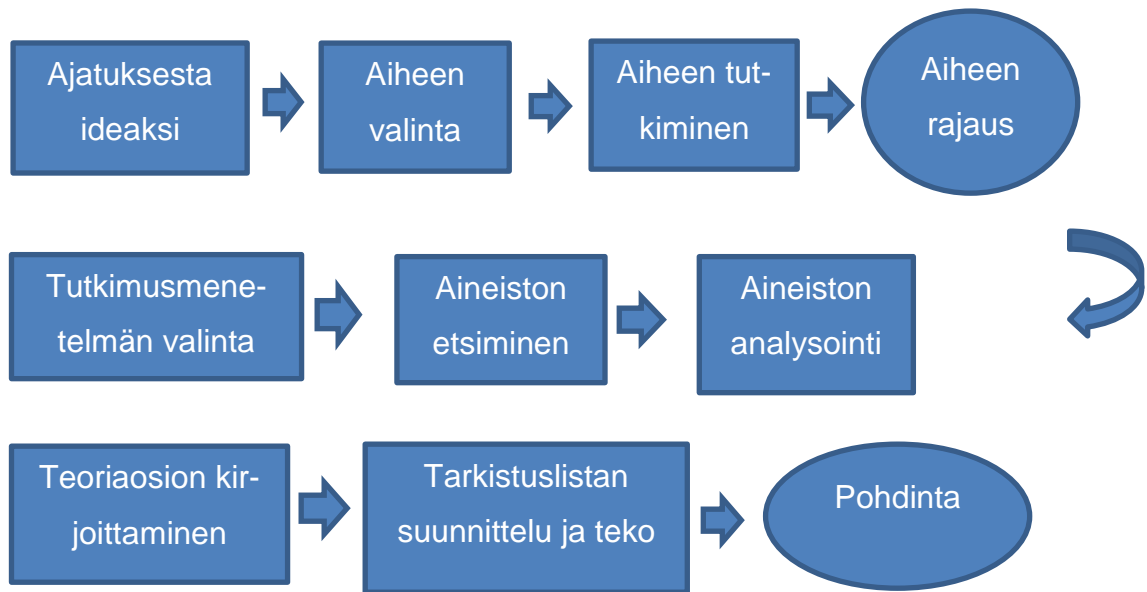
ISBAR-menetelmä (taulukko2) on Yhdysvaltojen armeijan 1990-luvulla kehittämä menetelmä, jolla voidaan varmistaa luotettavasti tarpeellisen tiedon siirtyminen. ISBAR muodostuu sanoista "Identify" (tunnista), "Situation" (tilanne), "Background" (tausta), "Assesment" (nykytilanne) ja "Recommendation" (toimintaehdotus). Alun perin ilmavoimille suunniteltua menetelmää muokattiin terveydenhuollolle sopivaksi lisäämällä siihen tunnistautuminen, Identify (tunnista) osio ensimmäiseksi. ISBAR -menetelmää käytettäessä raportti annetaan käyttämällä selkeää ja ymmärrettävää puhekieltä. (Suomen potilasturvallisuusyhdistys 2014.)

ISBAR
Identify – tunnista
Esittäytyminen ja potilaan tiedot: Oma nimi, työstatus, yksikkö, sijainti, potilaan nimi, ikä, henkilötunnus ja sukupuoli
Situation – tilanne
Soiton syy: hoito-ohje (konsultaatio, hoitopaikka)
Background – tausta
Potilaan ja tilanteen tausta: mitä on tapahtunut, potilaan perussairaudet ja lääkitykset
Assessment – nykytila
Oleelliset asiat potilaan tilasta: ABCDE
Recommendation – toimintaehdotus
Oma ehdotuksesi: kuinka tulisi toimia?

Taulukko 7. ISBAR –menetelmä (Alanen ym. 2016, 17)

7 Opinnäytetyön toteutus

Toiminnallisella opinnäytetyöllä tavoitellaan käytännötoiminnan ohjeistamista ja opastamista. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi ammatilliseen käyttöön suunnattu ohje. Tärkeää toiminnallisessa opinnäytetyössä on, että työssä yhdistyvät käytännön toteutus ja toteutuksen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei yleensä esitellä tutkimusongelmaa tai tutkimuskysymyksiä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9-30.)



Kuva 2. Opinnäytetyön eteneminen

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistaminen, toiminnan järjestäminen sekä järjeistämisen. Toiminnallinen opinnäytetyö toteutetaan koulutusalan ohjeistuksien mukaisesti (Saimaan AMK 2018). Toiminnalliseen opinnäytetyöhömmä kuuluu itse suunnittelemamme tarkistuslista hoitohenkilökunnan käyttöön sekä kirjallinen raporttiosuus toteutettuna Saimaan ammattikorkeakoulun ohjeistuksen mukaisesti. Tarkistuslomake tehdään tietokoneella selkeäksi ja helppokäyttöiseksi. Valmis tarkistuslomake voidaan tulostaa ja monistaa. Tuotos tulee liitteeksi työhön.

Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus on kirjallisuuskatsaus. Etsimme ja kartoitamme luotettavaa, ajantasaista kirjallisuutta ja tutkimustietoa tarkistuslomakkeen tekemistä varten. Jotta tarkistuslomake on luotettava ja käytännönläheinen apuväline kotihoidon kentälle, valitsemme aineistoista vain ajantasaisen ja asiantuntijoiden kirjoittaman materiaalin.

Kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan sitä, millaista tietoa joltakin rajatulta aiheelta on saatavana. Yleisimmin haetaan vastausta johonkin kysymykseen kuten tutkimusongelmaan. Kirjallisuuskatsaus voi olla artikkeli, esitelmä tai opinnäytetyön osa, jossa käydään analyttisesti lävitse mitä tutkimusongelmasta jo tiedetään.

Kirjallisuuskatsauksen avulla hahmotetaan opinnäytetyön aihepiirin kokonaisuutta. Sen avulla saadaan tietoa siitä, miten paljon tutkimustietoa on olemassa, millaisesta näkökulmasta aihetta on jo tutkittu ja millaisia menetelmiä käytetty. Kaikissa opinnäytetyöissä on ns. teoreettinen viitekehys, jossa määritellään opinnäytetyön keskeiset käsitteet. Teoreettinen viitekehys perustuu systemaattiseen tiedonhakuun. Tämä teoreettinen viitekehys on kirjallisuuskatsaus, jossa kuvataan opinnäytetyön käsitteellistä taustaa ja miten tekeillä oleva työ liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 121).

8 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyyteen liittyvä näkökohta tässä opinnäytetyössä on rehellisyyteen perustuva ja eettiset näkökohdat huomioon ottava tutkimustyö. Luotettavuuteen, sekä myöskin eettisyyteen liittyviä kysymyksiä ovat niin rehellisyys, kuin tarkkuuskin opinnäytetyön toteutuksessa, esimerkiksi toteuttamisessa käytettyjen lähteiden oikeaoppinen merkitseminen sekä kerätyn tiedon täytyy olla peräisin luotettavista lähteistä. Eettisyyteen kuuluu myös se, ettei tekstiä suoraan plagioida. Opinnäytetyössä sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, ja arviointimenetelmiä. Opinnäytetyössä toteutetaan tieteellistiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tuloksia julkaistaessa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Opinnäytetyössä on myös lähdeviitteet ja lähdeluettelo merkitty Saimaan ammattikorkeakoulun ohjeistusta noudattaen. Opinnäytetyön ollessa toiminnallinen opinnäytetyö, ei tutkimuslupia tarvita.

Eettisyys toteutuu toiminnallisessa opinnäytetyössämme niin, että olemme kriittisesti tarkastelleet aineistoa ja valinneet vain ajantasaisimman asiantuntijoiden tekemän tutkimustiedon ja kirjallisuuden, jotta suunnittelemamme tarkistuslomake olisi luotettava ja ajantasainen työväline kotihoitoon.

Luotettavuutta lisää myöskin se, että olemme työskennelleet kotihoidossa. Kaksi meistä on ammatiltaan lähihoitajia. Tiedämme ja olemme kokeneet mitä lähihoitajan työnkuvaan kuuluu ja mitä puutteita työssä on havaittu. Jokainen meistä on myöskin ollut harjoittelussa ensihoidossa ja teimme havaintoja siitä, mitä kehittämisen aiheita kotihoitoon ja hoidon tarpeen arviointiin tarvittaisiin akuutin tilanteen tullessa.

Käytimme aineiston keruussa hyödyksi Saimia Finnan hakupalvelua sekä Googlea. Tietoa opinnäytetyömme teoria osuuteen haimme hakusanoilla ensiarvio, tarkennettuarvio, systemaattinen tutkiminen, ABCDE protokolla, ISBAR, kotihoito, ikäihminen, akuuttihoito, päivystys, toiminnallinen opinnäytetyö, näyttöön perustuva tieto.

8.1 Aikaisempia tutkimuksia aiheesta

Aikaisemmissa tutkimuksissa selvisi että, tyypillisimpiä tulosityitä päivystykseen iäkkäillä potilailla olivat kaatuminen, pyörtyily, hengenahdistus, sekavuus sekä kotona pärjäämättömyys (Setälä 2016.) Ikääntyneet potilaat saapuvat yli kaksikertaatodennäköisemmin sairaalaan ambulanssilla, kuin nuoremmat potilaat. Iäkkäillä myös päivystyspotilaan hoidontarpeen arviointi eli triage arvioidaan useimmiten luokkaan 1-3, eli iäkkäillä on esimerkiksi enemmän hoitoon liittyviä toimenpiteitä, kuin nuoremmilla täysi-ikäisillä potilailla. Ikääntynyt päivystyspotilas vie siis enemmän resursseja kuin nuorempi potilas (Setälä 2016.)

Setälän (2016) tutkimuksessa ilmenee että, yli 80 – vuotiaiden päivystyspotilaiden kotiutumisen ohjaukseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Iäkkäillä kotiutumisesta ja hoidon jatkuvuutta avoterveydenhuollon palveluissa on kehitettävä päivystyspoliklinikoilta alkaen, jotta iäkäs potilas saa kotiin tarpeelliset palvelut sekä tuen kotona asumiseen. Laadukkaalla kotiutumisen ohjaamisella tuetaan potilaan voimavaroja ja voidaan ehkäistä osa uusintakäynneistä päivystyspoliklinikalle (Setälä 2016.)

Lähihoitajien osaamistasosta ja koulutuksesta tutkimuksissa todetaan, että tulevaisuudessa kotihoidon sekä muiden avoterveydenhuollon palveluiden lisääntyessä hoitotoimenpiteiden ja lääkehoidon sekä muun osaamisen merkitys korostuu, sillä lähihoitaja toimii yksin asiakkaan luona päätöksentekijänä (Vatanen 2012.)

Tutkimustulosten mukaan lähihoitajat kokivat koulutukseensa kuuluneen liian vähän käytännön harjoittelua, käytännön taitojen ja työn harjoittelua, terveydenhoitoa, haavanhoitoa, lääkehoitoa, anatomiaa, sairauksien hoitoa sekä ensihoitoa. Lähihoitajat ovat tutkimuksessa tuoneet esille lisäkoulutuksen tarpeen myös tie-

totekniikassa ja päihdehoitotyössä (Vatanen 2012.) Lähihoitajan saamat valmiudet koulutuksen myötä tunnistaa, sekä arvioida peruselitoiminnonhäiriöitä, ovat usein heikot.

Kotihoidon lisääntyessä tulevaisuudessa on lähihoitajan osallisuus merkittävä. Entistä useammin lähihoitaja joutuu toimimaan itsenäisesti, tekemään itsenäisiä päätöksiä ja kantamaan näistä vastuun (Vatanen 2012.)

Opinnäytetyömme aiheeseen perehtyessämme havaitsimme eräänlaisen opinnäytetyönä tehdyn kotihoidon ja ensihoidon yhteistyötä parantamaan suunnitellun ensiarviolomakkeen. Kyseinen ensiarviolomake oli Keski-Suomen alueen kotihoidon yksikössä käyttöön otettu, sekä käytöstä oli palaute kerätty. Palautteesta kävi ilmi, että suurin osa vastaajista koki pystyvänsä hyödyntämään kyseistä lomaketta työssään. Palautteessa myös kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että ensiarviolomake oli hyvä ja helpotti niin ensihoidon kuin kotihoidonkin työtä. (Hautala & Schmandt 2015).

Opinnäytetyönä oli myös toteutettu toimintaohje ikäihmisen hoidontarpeen arviointiin akuuttitilanteessa. Ohje oli laadittu palveluasumisen yksikköön. Ohjeessa oli hyödynnetty myös ensihoidossa käytössä olevaa ABCD protokollaa. Opinnäytetyössä todetaan että, järjestelmällisesti protokollan mukaan toimiminen antaa toistojen myötä varmuutta ja kun peruselintoimintojen tutkiminen on ”selkäytimessä” on akuuttitilanteessa arvion tekeminen helpompaa. Kompakti ja tarkka toimintaohjeistus yleisimmissä sairaskohtauksissa on hyvä tuki, kun odottamaton tapahtuu (Metsäranta & Tuominen 2017).

9 Tarkistuslomakkeen esittely

Tarkistuslomake on tehty mahdollisimman helppokäyttöiseksi, jotta se olisi käytännöllinen. Lomakkeen alussa on ensiarviotaulukko ABC-protokollan mukaan, jossa käydään potilaan systemaattinen tutkiminen järjestyksessä läpi, tarkoituksena löytää vakava elintoiminnon häiriö tai sen uhka. Ensiarviotaulukko on huomion herättämiseksi värjätty punaisella pohjalla. Vasemmalla puolella taulukkoa ovat kysymykset, jotka käydään järjestyksessä lävitse. Jokaiseen kysymykseen

voi vastata joko KYLLÄ tai EI. Kyllä ja ei -vastaukset sisältävät lokeroituna myös huomion ja toiminnan ohjeet.

Ensiarviotaulukon alapuolelle on sijoitettu taulukko tarkennettua arviota varten. Tässä on hyödynnetty ABCD- protokollaa, sekä News-pisteytys järjestelmää. Tämä käydään myös systemaattisesti lävitse, mitataan ja kirjataan jokainen tulos vasemmalle puolelle taulukkoa. Tarkennetun arvion taulukko sisältää myös arvot, joihin on kiinnitettävä huomiota. Punaisella pohjalla näkyvät arvot, jotka ovat hälyttäviä ja vaativat mahdollisesti välittömiä hoitotoimenpiteitä ja kiireellisen avun pyynnön. Keltaisella pohjalla näkyvät arvot, jotka vaativat tarkempaa seuranta ja mahdollisesti konsultointia lääkärille tai koordinaattorille. Vihreällä pohjalla näkyvät arvot, jotka ovat ihmiselle normaaleja. Tarkennetun arvion taulukon oikealle puolelle on vielä laitettu selitykset väreistä.

Lomakkeen lopussa on myös esitietokaavake, johon täytetään asiakkaasta saatavat tärkeät tiedot. Esitieto- ja tarkennetun arvion taulukko on suunniteltu niin, että konsultoidessa esimerkiksi hoitavaa lääkäriä kaikki tarvittava tieto löytyisi samalta paperilta.

10 Pohdinta

Opinnäytetyössä suunniteltiin tarkistuslomake lähihoitajille, jotka työskentelevät kotihoidossa. Tarkoituksena oli saada tehtyä lomake, joka helpottaisi ensiarvion tekemistä ja olisi muistin tukena arvioitaessa asiakkaan vointia tarkemmin. Tarkistuslomakkeen avulla olisi tarkoitus tukea ja tuoda varmuutta sekä rohkeutta lähihoitajien toimintaan kotihoidon asiakkaiden mahdollisissa akuuteissa voinnin muutoksissa. Tämän lomakkeen avulla voisi olla myös mahdollista, että välttyttäisiin, joiltakin ensihoidon ns. turhilta hälytyksiltä ja asiakkaiden päivystyskäynneiltä, jotka tulevat yhteiskunnalle kalliiksi. Avohuollon palveluiden lisääminen ja laitospaikkojen vähentäminen on ollut jo joitakin vuosia vanhuspalveluiden suuntaus, ja mielestämme kotihoidossa työskentelevillä lähihoitajilla tulisi olla vaadittava tietotaito, jotta pystytään hoitamaan kotona entistä huonokuntoisempia ja monisairaita asiakkaita.

Aihe oli meille jo ennestään tuttu. Sairaanhoidajakoulutuksen aikana on useasti painotettu nopean ja napakan potilaan tilan arvion osaamisen tärkeyttä. Pidimme myös itse aiheita tärkeinä, sillä olimme harjoittelujaksolla ensihoidossa ambulanssissa ja lähi- sekä sairaanhoitajan töissä kotihoidossa havainneet lisäohjeille ja koulutukselle olevan kotihoidon kentällä tarvetta. Harjoittelussa varsinkin ambulanssissa ja tehostetussa kotisairaanhoidossa (TEHOSA), herätti ajatuksia, kuinka kehittää kotihoitoa ja lähihoitajien hoidon tarpeen arvioinnin osaamista kentällä. Potilaan systemaattinen tutkiminen on tullut viime vuosien aikana enemmän esille, ja varsinkin ensihoidossa tätä on hyödynnetty jo joitakin vuosia. Halusimme tuoda samanlaista osaamista myös kotihoidon kentälle. Lähteitä ja tietoa löytyi paljon. Tarkistuslomaketta suunniteltaessa ja tehdessä oli haasteellista saada tuotettua yksinkertainen mutta toimiva lomake, sillä runsaan tiedon takia suunnittelu lähti helposti rönsyilemään ja tämän vuoksi aikaa vei paljon tärkeimmän ja oleellisimman tiedon saaminen lomakkeeseen.

Aiheen valinta oli meille helppo, sillä se kiinnosti meitä kaikkia. Aiheen valinta tuli selkeäksi vasta opiskelujen loppuvaiheilla, joten tämä rasitti jonkin verran työn etenemistä. Lisäksi asuimme jokainen kaukana toisistamme, joten yhteiset istunnot jäivät vähäisiksi. Tämän vuoksi tärkeää oli tehdä selkeää työnjakoa. Opinnäytetyöprojektin alussa jaoin jokaiselle omat vastualueet, joita työstimme itsenäisesti osana ryhmää ja samalla olimme tukena ja kannustimme toisiamme työn edetessä.

Tutkimuskysymyksiä oli hankalaa asettaa, vaikka tiesimmekin mikä työmme tarkoitus oli. Toisaalta toiminnallisessa työssä kysymyksiä ei ole pakollista asettaa, mutta se selkeytti meidän tavoitettamme.

Opinnäytetyöprosessi käynnistyi joulukuussa 2018. Yksi ryhmämme jäsenistä oli tekemässä kirjallisuuskatsausta ja kaksi toiminnallista opinnäytetyötä. Aiheemme otti uuden suunnan yhteisten kokemusten ja kiinnostuksen kohteiden kautta ja päätimme yhdistää kirjallisuuskatsauksen ja toiminnallisuuden yhteen pakettiin. Varsinaisesti tämä opinnäytetyö lähti käyntiin vuoden 2019 alussa. Kiire aikataulu valmistumisesta ennen kesää tuotti pitkiä istuntoja tietokoneen äärellä, etsien ja analysoiden aineistoa. Olemme kaikki mielestämme kehittyneet ammatillisesti opinnäytetyöprojektin aikana paljon sekä olemme joutuneet pohtimaan asioita eri

näkökulmista ja oppineet suhtautumaan kriittisesti lähteisiin. Mielestämme olemme oppineet myös paljon ryhmätyöskentelyn taitoja.

10.1 Työn eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta

Lähihoitajan eettisissä ohjeissa sanotaan, että lähihoitajat työskentelevät asiakkaiden parissa, jotka ovat riippuvaisia toisen ihmisen avusta. Lähihoitajan työssä tarvitaan tutkitun tiedon hyödyntämistä sekä käytännön työtaitoja. Ammatissa toimiminen edellyttää oman ammattitaidon jatkuvaa ylläpitämistä ja uudistamista. Opinnäytetyömme palvelee lähihoitajan eettisiä periaatteita, koska halusimme tuoda työmme avulla lisää tietoa ja vahvistaa heidän kliinisiä taitojaan akuuteissa, asiakkaan henkeä uhkaavissa tilanteissa. Peruselintoimintojen häiriöt tulisi huomioida jo varhaisessa vaiheessa, jotta välttyttäisiin henkeä uhkaavilta tilanteilta. Lähihoitaja on se terveydenhuollon ammattilainen, joka työskentelee eniten asiakkaan kanssa kotihoidon kentällä ja tuntee parhaiten asiakkaan toimintatavat ja huomio siinä tulevat muutokset. Kiire, kokemattomuus ja ammattitaidon puute sekä se, ettei luoteta omaan ammattitaitoon ja intuitioon, voivat lisätä riskiä siihen, että jokin selvä merkki voinnin muutoksesta tai peruselintoimintojen häiriöstä jää huomaamatta.

Lähihoitajien koulutukseen olisi tärkeää lisätä koulutusta tunnistamaan akuutit elintoiminnon häiriöt potilaan systemaattisen tutkimisen kautta. Asianmukaisen hoidon aloituksen edellytys on, että elintoimintahäiriöt tunnistettaisiin ajoissa. Tutkimusten mukaan suuri osa päivystykseen ja sairaalaan tulevista potilaista saa riittämätöntä hoitoa elintoimintojen heikentyessä, sillä peruselintoimintojen häiriöitä ei tunnisteta ajoissa. Akuuttia elintoiminnon häiriötä ennakoi usein oireita, joihin täytyisi osata tarttua.

Lähihoitajat ovat yhdessä omaisten kanssa lähimpänä asiakasta. Kotihoidossa työskentelevät lähihoitajat tuntevat asiakkaansa hyvin, joten he tietävät mikä on asiakkaalleen normaalia ja mikä ei. Ammatillisena täytyy kuitenkin perustaa ajatuksensa johonkin. Hyvä olisi esimerkiksi hyödyntää simulaatiotilanteita. Tarkistuslistat ovat käytössä ensihoidossa ja sairaaloissa. Tarkistuslistat ovat hyvä apu myös vuodeosastoilla ja erilaisissa palveluasumisen yksiköissä, mutta kotihoidossa lähihoitajat työskentelevät ja joutuvat tekemään päätöksiä monesti yksin,

joten erityisesti heidän työtään ja työskentelytaitojaan olisi hyvä kehittää, jotta asiakas saisi mahdollisimman laadukasta hoitoa ja se olisi mahdollisimman saumatonta. Koulutus lisäisi myös lähihoitajan varmuutta ja lieventäisi ahdistusta toimia akuutin tilanteen sattuessa. Yhteistyötä pitäisi kehittää kotihoidon, tehosan ja ensihoidon välillä.

10.2 Jatkotutkimusaiheet ja niiden hyödyntäminen

Jatkotutkimuksena olisi hyödyllistä ottaa tarkistuslomake jollekin kotihoitoalueelle käyttöön ja kyselytutkimuksella selvittää kotihoidon henkilökunnan mielipiteitä ja kokemuksia. Kyselytutkimusta kotihoidon käytössä olevasta tarkistuslomakkeesta voisi tehdä myös ensihoidolle sekä koordinaattorille. Vastausten pohjalta tarkistuslomaketta voitaisiin kehittää paremmaksi.

Lähteet

Ahonen, O. Blek-Vehkaluoto, M. Ekola, S. Partamies, S. Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpäsairauksia sairastavan hoitotyö. Helsinki: Sanoma pro.

Alahuhta, S., Ala-Kokko, T., Kiviluoma, K., Ruukonen, E. & Silfvast, T. 2016. Peruselintoimintojen häiriöt ja niiden hoito. Helsinki: Duodecim

Alanen, P., Jormakka, J., Kosonen, A. & Saikko, S. 2016. Oireista työdiagnoosiin – Ensihoitopotilaan tutkiminen ja arviointi. Helsinki: Sanoma pro.

Atula, S. 2019a. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Lääkärikirja Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001
Luettu: 16.4.19

Atula, S. 2019b. Ohimenevä aivoverenkiertohäiriö (TIA). Lääkärikirja Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00591 Luettu: 16.4.19

Castren, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. 2005. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy

Elvytys. Käypä hoito -suositus. 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi17010> Luettu: 5.3.19

Finlex. 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvetaista 980/2012. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> Luettu: 5.4.19

Finlex. 1972. Kansanterveyslaki 66/1972. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066> Luettu: 5.4.19

Finlex. 2014. Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301> Luettu: 5.4.19

Finlex. 2010. Terveysturvelaki 30.12.2010/1326 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> Luettu: 5.4.19

Haapamäki, E., Huhtala, H., Löfgren, T., Mylläri, E., Seinelä, L. & Valvanne, J. 2014. läkkäät päivystysten käyttäjinä. 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynnit vuosina 2011-2012. Kuntaliitto: Helsinki. file:///C:/Users/Su-
viR/AppData/Local/Packages/Microsoft.Microsof-
tEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/paivystysartik-
keli_ebook%20(1).pdf Luettu: 11.3.19

Haverinen, R. & Päivärinta, E. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma: opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Jyväskylä: Gummerus

Hautala, M. & Schmandt, R. 2015. Kotihoidon ja ensihoidon yhteistyötä kehittä-
mässä - ensiarviolomake kotihoidon käyttöön. Opinnäytetyö. Diakonia ammatti-
korkeakoulu: Pieksämäki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi

Hovilainen- Kilpinen, T., Kari, O., Niskanen, T. 2019. Kotihoidossa toimiminen. Helsinki: Sanoma Pro

Ikonen, E-J. 2015. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Otava

Karjalainen, M., Norrgård, M., Peltomaa, M., Pirneskoski, J., Rantala, H. & Tirk-
konen, J. 2018. Suositus peruselintoimintojen arvioinnista ja seurannasta. Lää-
kärilehti. <https://www.laakarilehti.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/suositus-peruselintoimintojen-arvioinnista-ja-seurannasta/?pub-lic=6cf51054acd41361903e086b728763b8> Luettu: 1.5.2019

Koivula, R., Brotkin, H. & Saarsalmi, O. 2018. Turvallisia sote- palveluja: opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136360/URN_ISBN_978-952-343-089-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y Luettu: 1.5.2019

Kelo, S., Launiemi, H., & Takaluoma, M. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2017. Ensihoito. Helsinki: Sanoma pro.

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2015. Ensihoito. Helsinki: Sanoma pro.

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma pro.

Metsäranta, T. & Tuominen, L. 2017. Ikäihmisen hoidon tarpeen arviointi akuutti-tilanteessa – toimintaohje tehostetun palveluasumisen yksikköön. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu.

Mustajoki, P. 2019. Pyörtyminen (synkopee). Lääkärikirja Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00069 Luettu: 16.4.19

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2018. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma pro.

Saimaan AMK 2018. Ammattikorkeakoulu Moodle oppimateriaali. Tutkimus- ja kehittämisosaaminen.

Setälä, H. 2016. Ikääntyneiden päivystyspotilaiden palvelutarve. Pro Gradu. Tampereen yliopisto. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100512/GRADU-1485353032.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Luettu: 8.5.19

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Kotihoito ja kotipalvelut. <https://stm.fi/kotihoido-kotipalvelut> Luettu: 4.3.2019

Suomen potilasturvallisuusyhdistys. 2014. Potilasturvallisuuden työkaluja. http://www.potilasturvallisuusyhdistys.fi/documents/Potilasturvallisuuden%20työkalut_2014.pdf Luettu 6.4.19

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2018. Ikääntyminen. Kotihoito ja muu kotiin tarjottava tuki. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/kotona-asumisen-ratkaisuja/kotihoido-ja-muu-kotiin-tarjottava-tuki> Luettu:11.3.19

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö.
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf Luettu: 5.4

Vatanen, H-M. 2012. Hoitotyön toimintojen opetus lähihoitajakoulutuksessa -
analyysi lähihoitajien opetussuunnitelmista. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20121004/urn_nbn_fi_uef-20121004.pdf Luettu: 8.5.19

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi

Ensiarvio- onko hätä?	KYLLÄ	EI
A Onko hengitystiet auki? Tuntuuko ilmavirta?	Jos puhuu, hengitys tiet ovat auki. Siirry kohtaan B	Avaa hengitystiet painamalla otsaa ja nostamalla leukaa. Siirry kohtaan B
B Hengittääkö normaalisti? Puhuuko lauseita sujuvasti?	Jos hengittää, mutta tajuton → Käännä kyljelleen ja soita 112 Vaivatta puhuva on vielä tajuissaan ja hengitys riittävää. Siirry kohtaan C	Jos tajuton, eikä hengitä normaalisti SOITA 112 ja aloita painelupuhallus elvytys 30 painallusta ja 2 puhallusta. Tajuissaan, mutta hengittäminen vaikeaa, puhuu irrallisia sanoja → Auta sopivaan asentoon ja soita 112. Siirry kohtaan C
C Tuntuuko rannepulssi? Onko iho lämmin ja kuiva? Onko lämpöraja normaali?	Rannepulssia tunnusteltaessa tunnet samalla, jos iho on lämmin ja kuiva. Siirry tarkennettuun arvioon.	Heikko rannepulssi ja kylmä/hikinen iho, sekä lämpörajan nousu kertoo elintoimintojen häiriötilasta. Voi johtua esim. sydäninfarktista → soita 112 ja jatka tarkennettuun arvioon

SpO2 klo: / klo: /	alle 91	92-95	yli 96
Hengitystaajuus/min klo: / klo: /	alle 8 tai yli 25	9-11 tai 21-24	12-20
Verenpaine klo: / klo: /	yläpaine alle 80 tai yli 200	yläpaine 87-99 tai 171-199	yläpaine 100-170
Syke klo: / klo: /	alle 40 tai yli 130	41-59 tai 101-129	60-100
Lämpö klo: / klo: /	alle 35 tai yli 39.1	38.1- 39	35.1-38
Verensokeri klo: / klo: /	alle 4 tai yli 20	4,1-4,9 tai 11-19	5 -10,9
Tajunta klo: / klo: /	Poikkeava		Normaali

Punainen: Tarvitsee mahdollisesti välittömiä hoitotoimenpiteitä, soita 112 tai koordinaattorille.

Keltainen: Informoi muita hoitajia voinnin muutoksista, soita tarvittaessa koordinaattorille tai hoitavalle lääkärille.

Vihrea: Seuraile vointia säännöllisesti.

Nimi:	Sukupuoli:	Henkilötunnus:
Tapahtumatiedot:		
Perussairaudet: Lääkitys:	Hoidonrajaukset:	
Tämän hetkinen vointi/oireet/kipu/löydökset:		